FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1899-1900 N° 5.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
ANATOMO-PATHOLOGIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DE LA

Métrite Cervicale Blennorrhagique

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 2 Décembre 1899, à 3 h.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Siméon HANTCHEFF

Né à Sevlievo (Bulgarie), le 5 Mai 1876

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM.	BARABAN	professeur.....	*Président.*
	HERRGOTT	professeur.....	
	FÉVRIER	agrégé.....	*Juges.*
	ANDRÉ	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1899-1900 N° 5.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

ANATOMO-PATHOLOGIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA

Métrite Cervicale Blennorrhagique

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 2 Décembre 1899, à 3 h.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Siméon HANTCHEFF

Né à Sevlievo (Bulgarie), le 5 Mai 1876

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM.	BARABAN	professeur.....	*Président.*
	HERRGOTT	professeur.....	*Juges.*
	FÉVRIER	agrégé.....	
	ANDRÉ	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NANCY

A. CREPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✲, I ✪.

Assesseur : M. BERNHEIM, ✲, I ✪.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✲, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✲, I ✪, HERRGOTT ✲, I ✪, HECHT ✲, I ✪, BEAUNIS ✲, I ✪.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✲, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✲, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, A ✪, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ✪, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. PRENANT, I ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ✪, professeur.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I ✪, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ✪, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✲, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, A ✪, agrégé libre, ch. du cours

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I ✪.	MM. ETIENNE.	MM. JACQUES, A ✪.
HAUSHALTER, A. ✪.	ZILGIEN.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✲, A ✪.	FROELICH, A ✪.	BOUIN.
GUILLOZ, A ✪.	SCHUHL, A ✪.	ANDRÉ.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✲, I ✪, VAUTRIN, A ✪, REMY, A ✪, P. PARISOT, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Ⓜ, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS PARENTS

REGRETS ÉTERNELS

A MA FIANCÉE BIEN AIMÉE

HOMMAGE DE MA PLUS TENDRE AFFECTION

A MA SOEUR IVANKA

A MON COUSIN LE DOCTEUR ST. CHRISTOFF

ANCIEN MÉDECIN-MAJOR DE LA GARNISON DE SOFIA

A MON COUSIN ANTON G. MANDEFF

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA VIVE RECONNAISSANCE

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BARABAN

INTRODUCTION

L'infection gonococcique du col de l'utérus est des plus répandues actuellement. Les menaces incessantes qu'elle constitue pour l'infection de tout l'utérus et ses annexes ; la possibilité d'infection générale, les conséquences fâcheuses qui s'en suivent pour la santé de la femme, ont attiré dernièrement l'attention de la plupart des gynécologistes. Cherchant, à juste raison, le traitement radical de la métrite cervicale blennorrhagique, ces derniers se sont assurés que cette affection, dans sa forme chronique habituelle, est rebelle à tout traitement médical ou chirurgical agissant à la surface de la muqueuse.

M. le Professeur agrégé Février, en particulier, a remarqué, dans son service à la Maison de Secours de Nancy, qu'aucun des traitements antiseptiques, topiques ou autres, et même les interventions chirurgicales, telles que le curettage, le hersage répétés, n'assurent point la guérison du catarrhe cervical chronique de nature blennorrhagique. Pour cette raison il intervient toujours, en pareille circonstance, par l'opération de Schrœder et arrive ainsi à mettre fin à l'infection et procurer, en trois semaines en moyenne, une guérison durable.

L'explication anatomique donnée actuellement de la résistance que cette affection oppose à toute thérapeutique à action locale superficielle, est celle que les glandes de la muqueuse cervicale, atteintes par le gonocoque, s'enfoncent profondément dans cette tunique et échappent ainsi à l'action du traitement.

Conseillé par notre Professeur agrégé M. Février, qui désirait vérifier ce fait, nous avons entrepris, d'étudier les *lésions anatomo-pathologiques* que la blennorrhagie produit dans le col utérin.

Nos recherches, qui ont été faites au laboratoire d'anatomie pathologique de M. le Professeur Baraban, ont porté sur 12 cols, enlevés par l'opération de Schrœder.

Les observations cliniques des 12 femmes opérées et l'examen histologique de chacun de leur col, feront l'objet de la première et essentielle partie de notre travail. Nous commençons cette partie: 1° par l'histologie normale du col ; 2° nous donnons ensuite l'évolution de l'étude anatomo-pathologique de la métrite cervicale chronique et 3° les observations suivies de réflexions personnelles et d'un résumé de nos essais expérimentaux.

L'étude clinique constitue la seconde partie de notre travail où nous donnons : 1° L'historique de la question ; 2° La description de la maladie ; 3° son étiologie et diagnostic; 4° fréquence, conséquences et prophylaxie de la maladie.

Les considérations thérapeutiques font l'objet de la troisième partie, où nous analysons brièvement les divers traitements de la métrite cervicale chronique. A la fin de notre travail, nous rapportons nos conclusions.

Mais avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous croi-

rions manquer à tous nos devoirs si nous n'adressions pas notre reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Nancy du bon enseignement médical qu'ils nous ont prodigué.

Nous nous adressons particulièrement à M. le Professeur Baraban, qui, en nous accueillant gracieusement dans son laboratoire, nous a créé une dette de reconnaissance que nous acceptons bien volontiers. Aujourd'hui, il nous fait honneur en acceptant de présider notre thèse, nous lui en témoignons ici notre vive gratitude.

M. Février nous a suggéré l'idée de cette thèse ; il nous a permis de consulter les archives de son service, et a bien voulu nous aider de ses conseils. Nous ne saurions trop lui exprimer notre reconnaissance.

M. le Docteur Hoche nous a initié aux difficultés de la technique du laboratoire ; ses conseils nous ont été précieux durant tout notre travail ; ses parfaites connaissances anatomo-pathologiques ont beaucoup contribué à amener à bonne fin nos recherches ; c'est encore à son obligeance que nous devons les microphotographies qui sont dans le texte. Nous ne pourrons jamais lui prouver la profonde reconnaissance pour toutes les marques de bienveillance qu'il n'a cessé de nous donner pendant les quelques mois que nous avons passés au laboratoire. Qu'il veuille bien recevoir ici le trop faible témoignage de notre dévouement.

Que notre camarade, le Docteur Lallemant, accepte nos remerciements pour les pièces anatomiques et les observations cliniques qu'il a mises à notre disposition.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

CHAPITRE PREMIER

Histologie normale du col utérin.

Avant de commencer la description des modifications pathologiques du col utérin, dues à la métrite blennorrhagique, nous dirons quelques mots sur la structure normale du col.

Cet organe est constitué de deux tuniques essentielles qui sont, en partant de l'intérieur de la cavité cervicale : *la muqueuse et la musculeuse.*

Dans la *muqueuse,* qui varie suivant les âges, on peut distinguer : l'épithélium, le chorion et les glandes. L'épaisseur normale de cette membrane varie de 06 à 1 millimètre. Elle ne possède pas de couche sous-muqueuse et

passe, sans transition sensible, de la surface vers la musculeuse de l'organe. Elle est moins épaisse et plus consistante que celle du corps et présente des plis très saillants formant l'arbre de vie.

Son *épithélium* est cylindrique cilié, mais les cellules qui le constituent sont plus hautes que celles de l'épithélium du corps. Entre ces cellules, il existe des cellules caliciformes qui sécrètent du mucus.

Au niveau de l'orifice externe du col, l'épithélium est pavimenteux ; la limite de ces deux épithéliums est variable suivant les personnes et les âges. Chez la jeune fille, elle est au niveau de l'orifice utéro-vaginal ; chez la femme qui a eu plusieurs accouchements, elle peut remonter notablement dans le canal cervical.

Le *chorion* est moins riche en éléments cellulaires que celui de la muqueuse du corps de l'utérus. L'élément fibrillaire est plus abondant, il se continue sans limite bien nette avec le tissu interstitiel de la couche musculaire.

Les *glandes* du col sont surtout des glandes en grappe. leur nombre est très considérable ; très nombreuses dans la moitié supérieure du col, elles n'existent presque pas à sa partie inférieure. Ces glandes ne sont pas nettement séparées du tissu conjonctif qui les entoure. Pour quelques histologistes, il n'existerait de membrane basale dans les glandes qu'au niveau de leur orifice excréteur. Pour Cornil, les glandes seraient entourées d'une faible couche de cellules très allongées, constituant la membrane de soutien de leur épithélium.

Ces glandes sont tapissées d'une rangée unique de cellules caliciformes qui se continuent à l'embouchure de la glande avec l'épithélium cilié de la muqueuse. Elles sécrè-

tent un mucus très épais, adhérent, gélatiniforme. Avec l'âge, ces glandes s'atrophient, s'oblitèrent et se transforment en œufs de Naboth.

La couche musculaire du col, formée de fibres lisses, est la continuation de celle du corps de l'utérus. Les fibres longitudinales constituant la couche musculaire externe du corps viennent tapisser le col jusqu'à sur son tiers moyen. La partie prépondérante de la musculeuse du col est formée par les deux systèmes de fibres : longitudinale et transversale de la couche musculaire interne du corps.

Pour quelques anatomistes, il y aurait de petites expansions fibrillaires qui iraient entourer les glandes.

Les vaisseaux du col ont des parois plus épaisses que ceux du corps, ils le traversent transversalement pour se subdiviser et se résoudre en capillaires dans le chorion de la muqueuse.

CHAPITRE II

Évolution de l'étude anatomo-pathologique de la métrite cervicale chronique.

L'étude de l'histologie morbide de l'utérus ne remonte pas plus loin que le commencement de notre siècle, époque où l'anatomie pathologique et la physiologie ont commencé à se faire une place de plus en plus grande parmi les sciences médicales.

Avant l'emploi méthodique du spéculum et de la sonde utérine, on ne distinguait pas les lésions du col de celles du corps de l'utérus. A l'aide de cet instrument on pouvait apercevoir la portion vaginale de l'utérus et en étudier les lésions ; mais les notions encore incomplètes en pathologie utérine trompaient les observateurs. Ainsi c'est aux ulcérations du col qu'ils voyaient au fond du spéculum, que Lisfranc et Marjolin attachaient la plus grande importance ; ils croyaient qu'elles étaient la source des écoulements leucorrhéiques aussi bien qu'hémorrhagiques, et ils considéraient comme tout à fait différentes les lésions cervicales où manquaient les érosions ou les ulcérations.

Vers 1837-1840 se manifeste une autre façon de comprendre les lésions cervicales de l'utérus. L'attention n'était plus concentrée sur les érosions vues au spéculum, érosions que l'on ne considère plus comme lésion capitale et primordiale, mais seulement comme fréquente et secondaire à l'affection catarrhale elle-même.

Dans cet ordre d'idées Gibert, Gosselin, remarquent judicieusement que l'écoulement muco-purulent se faisant par l'orifice du col n'est pas forcément subordonné à l'existence des érosions cervicales et inversement, et que la guérison de celles-ci ne supprime pas toujours le catarrhe. C'est là une notion qui se rapproche beaucoup de ce qu'on sait aujourd'hui : on commençait à entrevoir que les lésions de la muqueuse du canal cervical étaient la cause de l'écoulement. Aran (1) constate ces altérations de la muqueuse et s'exprime en disant que « à la suite de l'engorgement de l'organe le tissu propre du col semble à l'étroit au sein de son *enveloppe membraneuse* (2), s'amincit et finit par disparaître en laissant à nu les villosités hypertrophiées ». Nonat et Huguier expriment plus tard les mêmes idées.

Jusqu'ici toutes les descriptions anatomo-pathologiques de la métrite cervicale se faisaient d'après ce qu'on constatait au spéculum — seuls, la vue et le toucher étaient les sens utilisés. — L'examen histologique grossier se faisait seulement sur des pièces recueillies à l'autopsie.

Bientôt les gynécologistes deviennent plus hardis et interviennent d'une façon plus active dans la thérapeutique des affections utérines. Le curettage fournit d'abord des

(1) Aran. — *Leçons cliniques des maladies de l'utérus*, 1858, p. 497.
(2) C'est-à-dire de la muqueuse cervicale.

matériaux plus propres à l'étude que ceux prélevés à l'autopsie où il fallait toujours faire la part des altérations cadavériques ; mais les données ainsi acquises sont encore insuffisantes, et ce n'est qu'à la suite d'interventions chirurgicales plus considérables, pratiquées dans un but scientifique ou thérapeutique, que l'on put avoir des connaissances plus positives sur l'histologie pathologique de la muqueuse cervicale.

Sur ces matériaux on put étudier l'ectropion, les érosions, les ulcérations déterminées par la métrite. On voit alors Gaillard Thomas, Scanzoni, Courty et plus tard Emmet de New-York produire des travaux très importants sur l'inflammation chronique de la muqueuse utérine. Le dernier de ces auteurs, en particulier, fait jouer à la déchirure du col au moment de l'accouchement, un rôle important dans l'infection catarrhale de cet organe. Pour lui les ulcérations folliculaires et d'autres lésions constatées depuis longtemps, telle que la transformation kystique du col, son allongement hypertrophique, sont à des degrès différents et d'une façon plus ou moins immédiate, la conséquence de l'hypertrophie glandulaire produite par la gestation qui constitue pour l'infection un terrain des plus favorables.

Sous l'influence de ces divers travaux, les cliniciens se plaçant à des points de vue différents, distinguent dans l'inflammation chronique du col ou du corps de l'utérus, des formes nombreuses : *catarrhale, hémorrhagique, exfoliente, polypeuse, puerpérale, blennorrhagique,* etc. De leur côté, les anatomo-pathologistes représentés en France par Sinety, Cornil, Doléris (1), etc., en Allemagne par C. Ruge,

(1) Doléris. — *Nouvelles Archives d'obstét. et de gynéc.*, 1891, p. 22.

Schrœder (1), Veit, etc., ont distingué, en se basant seulement sur les lésions microscopiques, deux variétés principales de métrites : 1° *La métrite glandulaire* où seule la muqueuse et ses glandes sont atteintes ; 2° *La métrite interstitielle ou parenchymateuse* où le tissu utérin lui-même est le siège de l'inflammation. Certains auteurs ont même décrit des sous-variétés. La métrite glandulaire mériterait d'être appelée *glandulaire hypertrophique* quand les glandes sont allongées, hypertrophiées ; *glandulaire hyperplasique* quand les glandes sont non seulement hypertrophiées et allongées, mais encore que leur nombre est accru. La métrite interstitielle se subdiviserait egalement en *endométrite kystique, folliculaire* où les glandes sont devenues kystiques par suite de la forte prolifération du stroma conjonctif (cellules et fibres), et *endométrite hyperplasique fongueuse* où tout le tissu prolifère (glandes et tissu conjonctif).

C'est dans le travail de Cornil (2) publié en 1886, le plus complet de tous les travaux sur la question et où ont puisé tous les auteurs qui ont suivi, que nous trouvons le meilleur exposé de l'histologie pathologique des métrites en général.

Au sujet des métrites cervicales en particulier, les recherches de cet auteur ont porté sur un nombre très limité de cols enlevés, la plupart pour des épithéliomas et quelques-uns seulement pour métrite chronique de nature indéterminée. Il distingue avantageusement deux grandes variétés de métrites : 1° *Endométrite cervicale* où la

(1) Schrœder. — *Maladies des organes génitaux de la femme.* Trad. franç., 1886.

(2) Cornil. — *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites*, 1889, p. 37-70.

muqueuse seule avec ses glandes serait touchée par l'infection de quelque nature qu'elle soit et 2° *Métrite parenchymateuse* caractérisée par la prolifération du tissu interstitiel du col, l'invagination et l'épaississement de la muqueuse, la formation des polypes cervicaux existerait plus rarement et ne serait qu'une complication de la première forme.

Dans l'endométrite cervicale, cet auteur décrit à part l'inflammation de la portion vaginale du col, et d'accord avec C. Ruge (1) il croit que l'épithélium dermo-papillaire au niveau des érosions et des ulcérations de cette portion, serait remplacé par une rangée de cellules cylindriques, très hautes, serrées les unes contre les autres.

La muqueuse du canal cervical, au cours de l'endométrite de cet organe serait enflammée dans toute son épaisseur. Des glandes très proliférées s'élargissent, sont remplies de mucus, leur épithélium subit la dégénérescence granulo-graisseuse ; le tissu interstitiel, partout dans la muqueuse, est le siège de prolifération. Les vaisseaux de la muqueuse seraient élargis notablement.

Telles sont, d'une façon résumée, les notions histologiques que nous possédons aujourd'hui sur les métrites ; elles sont admises par la plupart des auteurs, sauf par quelques-uns qui ne les acceptent pas complètement en ce sens que pour eux (Pozzi) (2) la muqueuse et le tissu interstitiel du col sont inséparables dans leur évolution morbide.

Jusqu'ici, comme on l'a vu de tout ce qui précède, les anatomo-pathologistes ne se sont pas préoccupés de savoir quelle pouvait être la lésion imprimée au col plus spécia-

(1) Schroeder. — *Loco citato.*

(2) Pozzi. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire.* Paris, 1897, p. 166.

lement par un agent microbien ou par un autre. C'est dans ce sens que nos recherches ont porté ; nous avons examiné les lésions histologiques que le gonocoque seul ou avec le concours d'autres microbes peut produire sur le col utérin, et c'est le résultat de l'étude histologique de 12 cols blennorrhagiques enlevés par l'opération de Schrœder que nous allons rapporter ici.

CHAPITRE III

OBSERVATION I

Uréthrite, vaginite, métrite cervicale, blennorrhagiques, syphilis. — Traitement médical, curettage. — Aucun résultat. — Opération de Schrœder. — Guérison après 25 jours. — Lésions inflammatoires disséminées dans tout le col.

Louise D..., laveuse, âgée de 19 ans, entrée au service le 18 février 1897. Réglée à 16 ans et toujours régulièrement, a eu ses premiers rapports sexuels à 16 ans.

A son entrée on diagnostique : Vaginite, uréthrite et métrite cervicale blennorrhagiques, syphilis (1). Contamination blennorrhagique probable trois mois avant son entrée, caractérisée par des douleurs dans la région hypogastrique avec irradiations dans les membres inférieurs.

A l'examen au spéculum on trouve le vagin et la vulve très enflammés et du pus dans les culs-de-sac. Le col est aplati, irrégulier ; l'orifice externe élargi transversalement laisse s'écouler un pus épais, abondant, jaune grisâtre, visqueux et très adhérent.

(1) Tout en regrettant de n'avoir pas eu de renseignements sur le degré et le caractère de la syphilis, constatée chez presque toutes nos malades, nous pouvons dire toutefois que dans aucun de ces cas elle n'a eu de manifestations sur le col utérin.

La muqueuse cervicale est en ectropion ; autour de l'orifice externe se trouvent de petites érosions.

La malade a eu des injections au permanganate de potasse au 1/1000 pendant neuf mois sans succès. Le 6 décembre 1897 curetage, hersage suivis d'un traitement au nitrate d'argent.

L'écoulement purulent ne cessant pas, le 2 mars 1898 M. le professeur agrégé Février se décide à pratiquer l'opération de Schrœder.

Le pansement renouvelé cinq jours après l'opération contenait encore du pus ; les suivants changés tous les deux jours étaient très peu souillés. Le 30 mars 1898, le pus ayant complètement cessé, la malade est sortie guérie 28 jours après l'opération.

Examen histologique (1). — *L'épithélium de la portion vaginale du col* a une épaisseur variable suivant les endroits ; sa couche superficielle, desquamée par places, laisse les papilles approcher très près de la surface de la muqueuse. Nous constatons sur plusieurs points la vacuolisation de quelques cellules épithéliales, qui en s'élargissant refoulent les voisines et contribuent pour beaucoup à modifier la résistance et l'arrangement du manteau cellulaire. L'épaisseur de celui-ci diminue au fur et à mesure qu'on approche de la cavité cervicale où l'épithélium n'existe plus. Nous trouvons en outre au voisinage de l'embouchure d'une glande le chorion ulcéré.

(1) Dans nos examens histologiques nous avons étudié surtout les fragments du col provenant des interventions chirurgicales, opération de Schrœder en particulier. Ces fragments fixés dans le formol picrique ou l'alcool, étaient durcis par l'alcool.

Des segments orientés longitudinalement ou transversalement par rapport à l'axe du col, inclus dans la paraffine à 48°, étaient débités en coupes.

Les colorations ont été faites à l'aide d'hémalun de Mayer et de fuchsine picrique.

Les glandes qu'on trouve dans la cavité cervicale débouchent au niveau de l'épithélium pavimenteux ; elles sont peu changées dans leur forme, leur cavité contient une certaine quantité de mucus ; quelques-uns des culs-de-sac sont dilatés et ramifiés. L'épithélium cylindrique de ces glandes dégénère en masse et desquame surtout près des embouchures glandulaires à la surface de la muqueuse, où nous avons constaté les ulcérations ; au fond de plusieurs culs-de-sac, ce même épithélium sécrète abondamment du mucus, mais ses cellules restent en place, les noyaux cellulaires gardent leur forme ronde.

Autour de toutes ces glandes nous constatons une notable quantité de cellules jeunes, groupées en amas plus abondants au niveau où l'épithélium glandulaire est plus déformé. A ce niveau les cellules deviennent plus hautes, leurs noyaux s'allongent par suite de la vive prolifération. Ces cellules ainsi modifiées subissent la dégénérescence muqueuse et tombent dans la cavité de la glande.

Le chorion de la muqueuse contient un grand nombre de dilatations capillaires tapissées d'un endothélium gonflé, leur lumière contient une proportion notable de leucocytes. Immédiatement sous l'épithélium pavimenteux nous constatons une forte quantité de cellules embryonnaires. Le tissu fibreux, moins abondant dans le chorion, s'accentue dans le tissu interstitiel où il vient augmenter l'épaisseur des parois vasculaires et s'insinuer entre les faisceaux musculaires sans toutefois les détruire. Dans les couches profondes du col nous constatons les mêmes capillaires dilatés entourés de cellules rondes embryonnaires.

OBSERVATION II

Uréthrite, vaginite, métrite cervicale, blennorrhagiques, syphilis. — Traitement médical, curettage, hersage. — Sans résultat. — Opération de Schrœder. — Guérison après 28 jours. — Inflammation diffuse. — Œuf de Naboth.

Marceline G..., bonne de café, âgée de 17 ans, entrée le 22 février 1897. Réglée à 15 ans, ses époques sont régulières ; premiers rapports sexuels à 16 ans. Diagnostic porté : Vaginite, uréthrite et métrite cervicale blennorrhagiques. La contamination remonte à un mois et demi avant l'entrée au service.

Au spéculum le col est aplati, de forme conoïde, l'orifice externe n'est pas dilaté, mais allongé transversalement. Le canal cervical mesure 3 centimètres. De l'orifice externe s'écoule un pus abondant jaune-verdâtre. L'approche du spéculum au col provoque de légères douleurs.

La malade est traitée par des injections au permanganate de potasse et des lavages intra-utérins pendant six mois. Le 24 août 1897, curettage et hersage sans aucune amélioration. Le 6 novembre, nouveau curettage et hersage également sans résultats appréciables.

Le 2 mars 1898, *M. le professeur agrégé Février fait l'opération de Schrœder.*

Le premier pansement est renouvelé le cinquième jour et les suivants tous les deux jours ; le pus disparaît petit à petit et la femme sort guérie le 30 mars 1898, *28 jours après l'opération.*

Examen histologique. — L'épithélium pavimenteux du col, épais par places, est très aminci sur d'autres, où les papilles approchent très près de la surface épithéliale. La couche de Malpighi et le stratum granulosum prolifèrent

tellement qu'à ce niveau, l'épithélium desquame en lambeaux. La couche basale et toutes les autres couches sus-jacentes de l'épithélium sont traversées par des éléments migrateurs.

Le chorion est à nu là où l'épithélium du museau de tanche se termine à l'intérieur du col; celui-ci ayant été curetté avant l'opération.

Les quelques glandes que nous trouvons sur nos coupes sont remplies de mucus; elles ont conservé leur épithélium cylindrique, sauf à quelques points où les cellules de cet épithélium deviennent plus hautes, mais ne desquament pas; quelques culs-de-sac contiennent à leur intérieur des débris nucléaires, mêlés à du mucus. Immédiatement où se termine l'épithélium dermo-papillaire, nous trouvons une grande cavité kystique, un œuf de Naboth de dimension notable, et de forme strictement ovalaire.

Dans son intérieur on voit des éléments de la désorganisation cellulaire, des boules de chromatine provenant de la désintégration nucléaire. Cette cavité est tapissée d'une seule rangée de cellules cubiques à noyaux aplatis et parallèles à la paroi du kyste; à certains endroits cette couche épithéliale est le siège d'une forte prolifération, où on trouve des mitoses au milieu des autres cellules. Tout autour de la rangée épithéliale on voit une couche fibreuse continue formant en quelque sorte la coque de la cavité, et au-delà de cette couche il existe une grande quantité de globules blancs et de cellules conjonctives en voie de devenir fibreuses.

Les parois de cet œuf contiennent beaucoup de capillaires de nouvelle formation.

Le chorion très épaissi, riche en éléments fibreux, est

le siège d'un œdème inflammatoire. Les vaisseaux artériels et veineux, les capillaires sont relativement peu dilatés.

Au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la muqueuse pour aller vers le tissu musculaire on trouve que les capillaires dilatés apparaissent plus nettement et qu'ils sont entourés d'éléments embryonnaires. Le tissu fibreux abonde entre les couches musculaires; celles-ci cependant sont conservées en bon état.

OBSERVATION III

Vaginite, métrite chronique blennorrhagiques. — Syphilis. — Traitement médical, curettage. — Sans résultat. — Opération de Schrœder. — Guérison après trois semaines. Inflammation diffuse. — Foyers plus marqués autour des glandes et des vaisseaux.

Adelaïde S..., âgée de 22 ans, ouvrière en chaussures. Entrée le 13 décembre 1896. Réglée à 10 ans et demi et toujours régulièrement. Elle a eu deux enfants et une fausse couche de trois mois et demi.

A son entrée, on pose le diagnostic de : vaginite et métrite cervicale blennorrhagiques. — Syphilis.

L'examen de ses organes génitaux montre que le col de l'utérus est très hypertrophié, la muqueuse est violacée. L'orifice externe, largement ouvert, allongé transversalement, présente de légères érosions rougeâtres sur ses bords libres; il s'en écoule du muco-pus filant presque incolore.

La malade est traitée successivement par des injections de permanganate et des lavages intra-utérins. Le 18 novembre 1897, on fait un curettage suivi d'application de tampons au nitrate d'argent. L'écoulement ne cessant pas, *M. Février se décide, le 27 mars 1898, à pratiquer l'ablation du col par le procédé de Schrœder. Dans les trois semaines suivantes*, tout catarrhe a disparu et la malade est sortie guérie.

Examen histologique. — *L'épithélium pavimenteux* existe sur une très faible étendue dans toutes les préparations ; des cellules embryonnaires s'y rencontrent en beaucoup d'endroits dans son épaisseur. Immédiatement, sous l'épithélium, ces mêmes éléments embryonnaires se rencontrent en très grand nombre ; ils y forment par places comme une barrière continue (Pl. III). Ils sont également très abondants dans les papilles. — Nous constatons, en plus de cela, des lésions ulcératives de la muqueuse atteignant le fond des culs-de-sac glandulaires.

Les glandes, moins nombreuses que dans les observations précédentes, sont, pour la plupart, très proliférées ; leurs culs-de-sac dilatés se touchent l'un l'autre. L'épithélium, en général, n'est point touché, sauf qu'il est le siège d'une sécrétion muqueuse exagérée que nous avons déjà signalée. Autour des glandes, le tissu conjonctif renferme beaucoup de cellules migratrices. Ces cellules se rencontrent toutefois, en moins grand nombre, autour des culs-de-sac les moins altérés.

Le chorion de la muqueuse contient beaucoup de vaisseaux de nouvelle formation, qui lui donnent une texture spongieuse ; son épaisseur est augmentée. Le stroma conjonctif, à part l'élément cellulaire, est composé d'un très fin réticulum fibrillaire. — Le tissu interstitiel du muscle utérin contient des vaisseaux dilatés dont les parois sont peu scléreuses ; les faisceaux conjonctifs intermédiaires aux fibres musculaires sont beaucoup moins abondants que dans les observations précédentes. Les cellules musculaires sont ici respectées.

Ce qui est à remarquer, pour le col de cette malade,

c'est l'infiltration cellulaire, formant des foyers inflammatoires récents autour des glandes et des capillaires.

OBSERVATION IV

Vaginite, métrite cervicale à forme hémorrhagique. — Syphilis. — Traitement médical, deux curettages. — Aucun résultat. — Opération de Schrœder. — Guérison un mois après. Périglandulite, Sclérose interstitielle.

Marie H..., lingère, âgée de 24 ans, entrée au service le 8 septembre 1896. Réglée à 17 ans, toujours irrégulièrement. Elle a eu un accouchement à 20 ans et, à partir de cette époque, ses menstrues sont devenues plus régulières ; mais cependant elles étaient très abondantes et duraient une quinzaine de jours. La malade prenait de l'ergotine, usait de potions d'hydrastis-canadensis et d'autres hémostatiques. Ses premiers rapports sexuels datent de l'âge de 17 ans.

A son entrée, on porte le diagnostic de vaginite, métrite cervicale blennorrhagiques. — Syphilis. L'interrogatoire semble démontrer que la malade a contracté la blennorrhagie une semaine avant son entrée au service. Elle aurait ressenti, à ce moment, des douleurs dans le bas-ventre et les parties supérieures des cuisses, sans être toutefois obligée de garder le lit.

L'egamen des organes génitaux a relevé : Muqueuse vaginale recouverte de muco-pus. Col de volume moyen, peu douloureux au toucher, dur et aplati ; l'orifice externe est circulaire, violacé, congestionné ; il laisse s'écouler un pus épais, blanc-grisâtre et peu abondant.

La malade, dès son entrée, a été soumise aux injections de permanganate au 1/1000. Depuis janvier 1897, jusqu'à mars de la même année, des lavages intra-utérins sont pratiqués, des tampons iodoformés sont laissés en permanence dans la cavité du col, sans résultats sensibles. Le 22 avril 1897, premier curettage ; le 4 no-

vembre de la même année, second curettage. L'écoulement ne cessant pas, on essaie le traitement au nitrate d'argent au 1/20 ; aucun succès.

Le 1er mars 1898, *M. Février pratique l'opération de Schrœder* et, tous les 5 jours, on fait des pansements à la gaze iodoformée avec des lavages de la plaie au sublimé. Les pansements contiennent, dans la suite, de moins en moins de pus, jusqu'au 29 mars, où on constate que le pus a complètement cessé. La malade sort guérie le lendemain, *30 jours après l'opération*.

Examen histologique. — *L'épithélium vaginal* recouvrant le col garde son aspect dermo-papillaire normal, dans l'épaisseur de ses différentes couches nous constatons la présence des globules blancs en assez grande abondance.

L'épithélium cylindrique cervical, conservé sur une très faible étendue, est enlevé sur le reste de la cavité cervicale par le curettage qui précède toujours l'opération. Les cellules qui le composent présentent des lésions analogues à celles que nous avons décrites pour l'épithélium glandulaire des observations précédentes.

A l'endroit où est la zone limite des deux épithéliums nous trouvons une forte ulcération, un tissu de bourgeons charnus vasculaire, soulevant la portion terminale de l'épithélium pavimenteux. En remontant toujours dans la cavité cervicale, nous arrivons à l'ouverture de quelques glandes à épithélium très dégénéré. Sans être dilatées, ces glandes sont entourées de beaucoup de cellules embryonnaires dont les amas constituent *des abcès périglandulaires* (Planche I, n° 1).

Sur certaines coupes nous trouvons des culs-de-sac glandulaires débouchant largement sur une surface dénudée et où abondent des globules sanguins, aspect qu'il nous est

difficile de rapporter à une lésion de curettage ou à une ulcération hémorrhagique.

Le chorion est très épais ; il contient une grande quantité de fibres conjonctives très allongées formant des mailles contenant des leucocytes. Les capillaires sont abondants et très dilatés, contenant beaucoup de globules blancs et rouges, leur endothélium est très saillant. Par places, les cellules embryonnaires viennent s'accumuler autour des vaisseaux du chorion et sous l'épithélium de revêtement.

Plus nous descendons vers le tissu interstitiel, plus nous voyons le tissu conjonctif devenir fibreux et contribuer à l'épaississement des parois des gros vaisseaux. Il s'insinue entre les faisceaux musculaires, leur imprime différentes directions, les enserre et arrive à en étouffer une partie. Entre les fibres musculaires, ainsi sclérosées et dissociées, nous trouvons de larges cavités capillaires formant de véritables lacunes vasculaires.

OBSERVATION V

Uréthrite et métrite cervicale blennorrhagiques. — Traitement médical, curettage. — Aucune amélioration. — Opération de Schrœder. — Guérison un mois après. Foyers inflammatoires localisés, périvasculaires et périglandulaires. Sclérose.

Louise S..., âgée de 20 ans, bonne de café, entrée le 13 mars 1897. Réglée à 14 ans. A l'âge de 18 ans a eu un avortement de 6 mois ; à partir de cette époque ses règles sont devenues plus abondantes et plus douloureuses. Premiers rapports sexuels à 17 ans.

Diagnostic : Métrite cervicale, uréthrite chronique blennorrhagiques, syphilis. La date de la contamination blennorrhagique re-

monte à 15 jours, caractérisée par de légères douleurs dans le bas-ventre ; la malade continue à vaquer à ses occupations.

A l'examen au speculum, le vagin et les culs-de-sac renferment du pus en abondance. Le col est très gros, légèrement aplati, allongé transversalement et dévié à gauche. De l'orifice externe sort un pus grisâtre peu abondant et très adhérent. Le col en ectropion présente une ulcération qui saigne abondamment au moindre frottement.

Soumise d'abord aux injections de permanganate de potasse, la malade est curettée le 6 novembre 1897. On utilise ensuite les injections intra-utérines au nitrate d'argent. Aucune amélioration.

Le 2 mai 1898, on pratique *l'opération de Schræder*. Le pansement est renouvelé 4 ou 5 fois dans l'espace d'un mois, l'écoulement a bientôt complètement disparu et *la malade sort guérie un mois après l'opération*.

Examen histologique. — L'épithélium dermo-papillaire est réduit par places à une faible couche de cellules malpighiennes ; beaucoup de ces cellules ont un protoplasma clair, vacuolaire, les noyaux sont rejetés à la périphérie.

Dans la cavité cervicale où cet épithélium semble remonter assez haut, nous le voyons s'amincir jusqu'à paraître interrompu ; à cet endroit *il est formé de cellules mortes, cornées, privées de leurs noyaux* et se colorant fortement par l'acide picrique. L'épithélium desquame par places et sous lui, dans le chorion et dans les papilles dermiques, nous trouvons une forte infiltration embryonnaire.

Les glandes peu nombreuses sont logées à peu de distance de la surface de la muqueuse. Beaucoup de culs-de-sac sont le siège d'une forte sécrétion muqueuse mais les acini glandulaires et leur épithélium ne sont pas notablement modifiés. Cependant on trouve par endroits des culs-de-sac glandulaires où les acini sont dilatés et ramifiés ;

leur revêtement épithélial est formé de cellules tellement allongées par la pression réciproque qu'elles subissent entre elles, que l'on pourrait croire à une stratification.

Sur des coupes en séries, nous avons trouvé au niveau de l'embouchure d'une de ces glandes proliférées, une grande ulcération recouverte de mucus et bordée de chaque côté d'épithélium pavimenteux.

L'inflammation est surtout prédominante autour des glandes où la forte accumulation d'éléments ronds migrateurs coïncide avec une prolifération plus riche de l'épithélium glandulaire. Les culs-de-sac sont entourés en outre d'une bande fibreuse très compacte.

Le chorion, variable d'épaisseur suivant les endroits, renferme dans ses mailles une grande quantité de cellules embryonnaires; sous l'épithélium de revêtement ces cellules deviennent bien plus abondantes et se rassemblent, suivant les papilles, en amas plus ou moins considérables.

La même vascularisation existe ici que dans les cas précédents, mais l'élément fibreux s'y trouve en moins grande quantité. La sclérose est cependant très accentuée dans le tissu interstitiel où les parois veineuses et artérielles sont doublées d'épaisseur et où l'on voit la fibre musculaire subir une atrophie très marquée.

Les capillaires sanguins aussi bien que lymphatiques sont très dilatés, sinueux ; on trouve dans leur lumière un grand nombre de leucocytes. Dans leur entourage le processus inflammatoire est très marqué, et l'accumulation des cellules embryonnaires peut être telle qu'elle forme des abcès microscopiques (Planche II, n° 1).

OBSERVATION VI

Vaginite. — Métrite cervicale blennorrhagique — Syphilis. — Traitement médical, curettage, hersage. — Pas de résultat. — Opération de Schrœder. — Guérison après 40 jours. Sclérose très accentuée du col.

Rose H..., 20 ans, prostituée, entrée le 21 août 1896. Réglée à 10 ans et demi, époques régulières mais abondantes. Premiers rapports sexuels à 13 ans.

A son entrée au service on diagnostique : vaginite et métrite cervicale chronique blennorrhagiques, syphilis. L'époque de la contamination blennorrhagique remonte, d'après le dire de la malade, à 2 mois et aurait débuté par de fortes douleurs expulsives de peu de durée se passant dans le petit bassin.

A l'examen au speculum, on trouve le col petit, à orifice externe circulaire, à bords chagrinés. Il s'en écoule un muco-pus gris-blanchâtre difficile à enlever. La muqueuse du col tuméfiée, violacée, est le siège de plusieurs ulcérations superficielles.

La malade a eu successivement les traitements suivants : injections d'eau iodée et de sublimé ; injections au permanganate, injections intra-utérines à divers antiseptiques sans aucun résultat. Curettage et hersage le 4 novembre 1896 ; pansements ultérieurs iodoformés et au nitrate d'argent au 1/20.

Le catarrhe purulent du col ne cessant pas on se décide le 2 mai 1897 à intervenir *par l'opération de Schrœder*.

Le pansement à la gaze iodoformée est renouvelée tous les 4 jours jusqu'au 13 juin. La suppuration a complètement cessé. La malade sort le 14 juin, *40 jours après l'opération*.

Examen histologique. — L'épithélium pavimenteux du col possède des cellules vacuolaires ; à certains points il desquame d'une façon très apparente, et les papilles der-

miques viennent affleurer la surface de la muqueuse. Sur toutes nos coupes nous voyons que l'épithélium tout en conservant son épaisseur revêt des sortes d'anfractuosités qui sont très probablement dues à l'état chagriné de la muqueuse du museau de tanche.

Le chorion muqueux n'est pas augmenté en épaisseur ; on ne trouve sur les coupes que quelques glandes entourées d'un tissu très scléreux. Ces organes sont refoulés vers la surface par le développement très considérable de travées fibreuses choriales. On rencontre encore cependant quelques foyers d'inflammation aiguë, sous forme d'amas plus ou moins compacts d'éléments embryonnaires, sous l'épithélium glandulaire, qui réagit lui-même à la façon déjà décrite.

Les vaisseaux qu'il contient, peu nombreux, sont très sinueux et dilatés. Les fibrilles conjonctives sont très abondantes et très épaisses.

Dans le tissu interstitiel ce même élément fibreux subit une organisation plus avancée et la sclérose est très forte. Les vaisseaux ont leurs parois très épaissies. Les faisceaux musculaires sont entourés d'une gangue de tissu fibreux qui les enserre et qui, par places, s'insinuant entre eux, change leur direction et les dissocie jusqu'à les étouffer complètement. Les vaisseaux veineux et artériels sont dilatés par le sang qu'ils contiennent en abondance ; de grandes cavités vasculaires existent dans le tissu interstitiel de la musculeuse du col, et leur donne un aspect spongieux.

OBSERVATION VII

Vaginite. — Métrite blennorrhagique. — Syphilis. — Traitement médical sans résultat. — Opération de Schrœder. — Guérison après un mois. Périglandulite. Sclérose du col.

Marie L..., âgée de 24 ans, prostituée, entrée le 17 avril 1897. Réglée à 14 ans ; menstrues régulières et très prolongées.

A son entrée on constate que la malade est enceinte de 4 mois et qu'elle présente des accidents syphilitiques en même temps que de la vaginite et de la métrite blennorrhagiques, que la malade reconnaît avoir depuis longtemps sans en souffrir sensiblement. Elle rentre au service pour des accidents spécifiques secondaires.

Au speculum on constate que le vagin est recouvert d'une couche purulente. Le col très gros mais non déformé, à orifice externe aplati transversalement, laisse s'écouler un pus visqueux.

La malade est soumise immédiatement après son entrée, au traitement spécifique ; en même temps, on lui fait les injections vaginales antiseptiques employées couramment dans le service, et mentionnées déjà dans les observations précédentes. Aucune amélioration n'est obtenue.

Au courant de juillet 1897 la malade avorte, des signes nouveaux apparaissent, l'obligeant à garder le repos pendant quelque temps. Depuis son avortement, elle a eu des injections intra-utérines pendant une longue période. Elles n'ont amené aucun résultat curatif.

Le 2 mai 1898 on fait l'opération de Schrœder. L'écoulement a diminué notablement dans les jours suivants. *La malade sort guérie du service au courant du même mois.*

Examen histologique. — L'épithélium pavimenteux ne se rencontre, sur nos préparations, que par lambeaux ; il semble remonter très haut dans la cavité cervicale. Les papilles sont très élargies et contiennent des éléments inflammatoires approchant beaucoup de la surface épithéliale.

Celle-ci est interrompue par une ulcération au niveau de laquelle débouchent quelques glandes.

Les glandes, très nombreuses, sont pour la plupart très dilatées ; elles apparaissent sur les coupes comme des cavités de forme très variable, limitées par un bord festonné (planche I, n° 2).

Les festons sont dus à des invaginations glandulaires dont les cellules subissent des modifications importantes. Par suite d'une prolifération très active, les éléments cellulaires de l'épithélium devenant très nombreux sont pressés les uns contre les autres et deviennent très allongés. Le protoplasma subit en partie la transformation muqueuse : les noyaux semblent glisser les uns sur les autres et se placer à divers niveaux, de sorte qu'à ne considérer qu'eux seuls, on croirait qu'il existe plusieurs couches de cellules épithéliales, quand en réalité il n'y en a qu'une.

Le tissu conjonctif périglandulaire scléreux, contenant une grande quantité de cellules migratrices, pénètre entre toutes ces invaginations glandulaires. A quelque distance au delà de ces glandes ainsi atteintes, le tissu conjonctif devient fibreux et forme des bandes scléreuses.

Le chorion muqueux est riche en vaisseaux beaucoup moins dilatés ; il possède une forte structure fibrillaire formant des mailles très serrées. Ce même tissu fibreux va dissocier les faisceaux musculaires, doubler les parois des gros vaisseaux contenus dans le tissu interstitiel du col. L'élément embryonnaire qui s'y trouve est uniformément disséminé dans toute la musculeuse.

OBSERVATION VIII.

Uréthrite, vaginite, métrite cervicale blennorrhagiques. — Traitement médical, pas d'amélioration. — Opération de Schrœder, guérison après 37 jours. Périglandulite, sclérose.

Jeanne R..., 21 ans, domestique. Entrée au service le 18 octobre 1897. Réglée à 17 ans, toujours régulièrement.

A son entrée on diagnostique : Uréthrite, vaginite et métrite cervicale blennorrhagiques. Le col de l'utérus est très augmenté de volume, il porte des érosions à sa lèvre antérieure ; son orifice externe est élargi ; la muqueuse à ce niveau présente une vive rougeur empiétant en partie sur le reste du museau de tanche. Il s'écoule du col du muco-pus verdâtre très filant.

La malade traitée longtemps par les injections antiseptiques employées couramment dans le service, et par des tampons à la glycérine iodoformée, n'en a retiré aucun profit.

M. Février se décide à pratiquer l'opération de Schrœder le 21 juin 1898, qui a permis à la malade de voir son catarrhe cervical diminuer et complètement disparaître le 28 juillet 1898, époque à laquelle la malade a quitté le service *37 jours après l'opération.*

Examen histologique. — L'épithélium pavimenteux recouvrant le museau de tanche diminue beaucoup d'épaisseur au fur et à mesure qu'il monte dans la cavité cervicale. A cet endroit nous le trouvons très déformé, en couche uniforme, sur une certaine étendue, mais ailleurs, pénétré par des papilles très larges, dilatées et très espacées l'une de l'autre. La couche épithéliale sur beaucoup de coupes, se trouve déchirée en grands lambeaux ; on rencontre à ce niveau des globules blancs polynucléaires et

des débris cellulaires, ce qui nous permet de penser que nous sommes en présence d'une ulcération superficielle de la muqueuse.

Près des embouchures de quelques glandes dans la cavité cervicale, cette ulcération devient plus marquée et plus profonde.

Les glandes plus ou moins nombreuses, élargies et très allongées, s'enfoncent dans le tissu musculaire. La lumière glandulaire contient du mucus en abondance, des débris de cellules dégénérées, mêlés à des globules blancs. Encore ici nous constatons la même formation d'éperons de tissu conjonctif périglandulaire très proliféré, avec la seule différence, peut-être, que les touffes cellulaires recouvrant ces éperons subissent, à un degré plus accentué, la transformation muqueuse.

Le tissu conjonctif entourant les glandes renferme une grande quantité d'éléments jeunes qui, près de la base des cellules épithéliales de la glande deviennent fusiformes et forment une couche continue.

Le chorion n'a pas changé d'épaisseur, mais il est très fibreux et contient beaucoup de capillaires dilatés.

Le tissu interstitiel possède des vaisseaux à parois très fibreuses. Les capillaires entre les faisceaux musculaires très sclérosés forment de larges géodes contenant des globules rouges et un grand nombre de leucocytes.

En plus de la sclérose très avancée, on trouve autour des vaisseaux une accumulation des éléments inflammatoires aussi grande qu'autour des glandes.

OBSERVATION IX

Vulvite, vaginite, métrite cervicale blennorrhagiques.— Traitement médical, curettage. — Sans résultat. — Opération de Schrœder, guérison après 3 semaines. Péri-glandulite, sclérose.

Marguerite W..., agée de 29 ans, bonne ; entrée le 15 juin 1899. Réglée à 13 ans, a eu des époques régulières mais très abondantes et d'une durée prolongée.

La malade est entrée au service une première fois le 10 décembre 1897 avec des signes de vulvite, vaginite, métrite cervicale blennorrhagiques, syphilis.

A ce moment elle était enceinte de 3 mois et a accouché le 30 juin 1898 d'un enfant à terme.

La puerpéralité ayant donné un coup de fouet à l'infection, l'état de la malade s'est aggravé et elle a été obligée de garder le lit pendant quelque temps ; on lui a fait des injections de permanganate. En décembre 1898, on pratique un curettage. Une légère amélioration s'en suit et la malade quitte le service.

Après deux mois de guérison temporaire relative, le catarrhe purulent du col reparaît plus abondant, mais n'empêche pas la malade de vaquer à ses occupations.

Voyant sa santé faiblir, elle rentre de nouveau au service et nous trouvons à l'examen des organes génitaux : métrite *du col et du corps* de l'utérus, pas de vulvite ni de vaginite, Dès son entrée, la malade a été soumise aux injections de permanganate et de chlorure de zinc (1/20), mais sans aucune amélioration.

Le 19 août 1899 *on pratique l'opération de Schrœder* qu'on fait suivre d'un curettage de la cavité utérine. A la suite, l'écoulement diminue tous les jours.

La plaie s'étant cicatrisée complètement, la malade guérie quitte le service *3 semaines après l'opération.*

A l'examen histologique du col de cette malade nous constatons que :

L'épithélium recouvrant la portion vaginale de l'utérus a une épaisseur très faible ; les papilles sont à peine séparées de la surface de la muqueuse par une mince couche de cellules pavimenteuses. Les lésions des cellules de cet épithélium sont les mêmes que celles que nous avons produites dans les autres observations.

Ce qu'il y a d'important à signaler ici, c'est que les couches superficielles de cet épithélium subissent à certains endroits *la transformation cornée.*

Les glandes que nous avons rencontrées sur nos coupes sont très peu nombreuses, mais assez dilatées et dans leur intérieur, font saillie des éperons de tissu conjonctif vasculaire et riche en cellules embryonnaires, éperons recouverts de l'épithélium glandulaire en voie de dégénérescence et de desquamation.

Le chorion, notablement épaissi contient beaucoup de vaisseaux capillaires peu dilatés, bourrés de globules sanguins.

A plusieurs endroits existent de petites hémorrhagies éparses sous l'épithélium de revêtement. Le tissu conjonctif du chorion ainsi que celui de tout l'organe, est très développé. Il y a une ectasie des capillaires ; les fibres musculaires sont atrophiées.

Le produit du curettage de la cavité utérine examiné, nous y trouvons un grand nombre de culs-de-sac glandulaires provenant des glandes de l'utérus ; l'épithélium ne présente aucune altération pathologique ; la lumière glandulaire n'est point dilatée, mais l'infiltration des petites

cellules rondes autour des glandes est très accentuée et arrive à former de petits foyers abcèdiformes.

Des colorations au violet de gentiane, que nous avons faites sur plusieurs de nos coupes ne nous ont pas permis de constater la présence du gonocoque.

OBSERVATION X

Métrite cervicale blennorrhagique. — Traitement médical sans aucun résultat, — Opération de Schrœder, guérison après un mois. Prolifération glandulaire, sclérose généralisée.

Joséphine C..., âgée de 19 ans, bonne de café. Entrée le 12 novembre 1897. Réglée à 13 ans ; époques régulières mais prolongées. Accouchée d'un enfant à terme au mois de janvier de la même année.

On diagnostique : métrite cervicale blennorhagique, pas de signes d'uréthrite et de vaginite.

Au speculum on voit le col gros, érodé, mais pas déformé; de son orifice externe s'écoule un pus, très filant, analogue à du blanc d'œuf.

Traitée par les injections antiseptiques, la malade n'est point améliorée.

Le 21 juin 1898 *on pratique l'opération de Schrœder*. L'écoulement catarrhal diminue tous les jours jusqu'à cesser complètement.

La malade quitte le service le 21 juillet 1898, *un mois après l'opération.*

Examen histologique. — L'épithélium vaginal du col semble remonter notablement dans la cavité cervicale ; il devient très épais au voisinage de l'embouchure de quelques glandes. Sur plusieurs points de son étendue, cet épithélium n'est point pénétré par des papilles dermi-

ques ; il est formé de cellules mortes, ayant subi la kératinisation ; l'acide picrique le colore fortement.

Les glandes rencontrées sur les coupes sont très proliférées, très allongées ; elles traversent tout le chorion et arrivent à pénétrer à certains endroits dans la couche musculaire. L'épithélium de ces glandes sécrète du mucus en grande quantité. On le voit dégénérer par places et tomber dans la lumière glandulaire.

L'infiltration embryonnaire périglandulaire est bien marquée; toutefois elle est diffuse et ne forme pas d'amas.

Le chorion présente des dilatations vasculaires ; il est très fibreux ; des bandes scléreuses viennent entourer certaines glandes, sans cependant les étouffer.

La sclérose s'accentue davantage dans le tissu interstitiel du col où les fibres musculaires sont sclérosées, diminuées en nombre et où les vaisseaux ont une paroi très fibreuse.

OBSERVATION XI

Métrite blennorrhagique du col et du corps ; syphilis. — Injections antiseptiques sans résultat. — Opération de Schrœder, guérison 5 semaines après. Forte prolifération glandulaire ; sclérose avancée.

Félicie P..., bonne de café, âgée de 19 ans. Entrée le 14 décembre 1898. Réglée à 11 ans, très abondamment, ses époques duraient huit jours chaque fois. Premiers rapports sexuels à 12 ans.

Diagnostic : métrite blennorrhagique du col et du corps, pas de vaginite, syphilis. La contamination blennorrhagique date de peu de temps après ses premiers rapports sexuels ; son début n'est

marqué par aucun symptôme saillant, sauf de légères douleurs survenant à la suite de fatigues.

Au spéculum on trouve que le col de forme cylindrique est très gros, non ulcéré ; l'orifice externe est facilement perméable ; il s'en écoule un pus jaunâtre très adhérent.

A son entrée, on soumet la malade aux injections de sublimé et de permanganate, sans qu'aucune amélioration s'en suive.

Le 6 septembre 1899, *on pratique l'opération de Schrœder, 5 jours après la fin des époques menstruelles.* Le catarrhe diminue progressivement et disparaît complètement.

La malade quitte le service *3 semaines après l'opération.*

Examen histologique. — *L'épithélium stratifié* du col, conservé dans une faible étendue sur nos coupes, ne présente rien de caractéristique, si ce n'est la grande longueur et l'irrégularité de ses papilles.

Les glandes, débouchant à la surface, sont très nombreuses, proliférées en si grande abondance, qu'au premier abord, elles ressemblent aux villosités bien connues de la trompe, au cours d'une salpyngite (Pl. II, n° 2). Les cavités glandulaires sont très grandes, s'insinuent à travers le chorion et pénètrent jusqu'à la musculeuse. Leur épithélium est très altéré ; beaucoup de ses cellules dégénérées sont desquamées. Le tissu conjonctif péri-glandulaire est le siège d'une forte accumulation de cellules jeunes. Le stroma fibreux est très abondant autour de ces glandes ; quelques fibres musculaires entourent certains culs-de-sac.

Le chorion se délimite mal du tissu sous-jacent. La couche musculaire est le siège d'une sclérose très avancée ; les fibres musculaires sont très dissociées et atrophiées par ce tissu scléreux qui s'insinue entre elles et les étouffe. Les vaisseaux, à fortes parois, n'ont pas d'altération de leur

endothélium. Les capillaires, très ectasiés, renferment des globules blancs en notable proportion.

OBSERVATION XII

Vaginite, métrite cervicale blennorrhagiques ; syphilis. — Traitement médical, aucune amélioration. — Opération de Schrœder. — Guérison après 3 semaines. Col très scléreux.

Marie L..., prostituée, âgée de 24 ans ; entrée le 27 août 1894. Réglée à 15 ans, régulièrement. A eu à deux reprises des hémorrhagies menstruelles d'une durée de 15 jours. Premiers rapports sexuels à 21 ans. A l'âge de 22 ans, elle est accouchée à terme.

A son entrée on diagnostique : vaginite, métrite cervicale blennorrhagique. Syphilis. La contamination blennorrhagique remonte à un mois ; elle n'est caractérisée par aucun symptôme grave.

Le col est aplati, déformé, il porte des cicatrices latéralement ; l'orifice externe est très large, il s'en écoule un pus abondant jaunâtre. La muqueuse cervicale est violacée.

La malade traitée par les injections au permanganate n'a aucunement bénéficié.

Le 7 juin 1898, M. Février pratique *l'opération de Schrœder*. Le premier pansement, changé 3 jours après, portait encore du pus ; les suivants n'étaient presque pas souillés.

La malade sort *3 semaines après l'opération*.

Examen histologique. — L'épithélium du museau de tanche, très mince dans la cavité cervicale, possède des papilles volumineuses remplies de leucocytes polynucléaires. Ces papilles sont à peine recouvertes de quelques couches de cellules aplaties. L'épithélium desquame en grands lambeaux, laissant par place les papilles complète-

ment à nu. Il tapisse les invaginations de quelques plis superficiels sans arriver jusqu'à leur fond, où le chorion est de nouveau dénudé.

Le chorion muqueux très épaissi renferme des cavités capillaires dilatées. Dans le stroma l'élément fibreux est très développé. Dans certains points et surtout sous l'épithélium dermo-papillaire, les petites cellules rondes se groupent en formant des amas. On en trouve également autour des capillaires néoformés.

Aucune de nos coupes ne nous a permis de voir de glandes.

Le tissu interstitiel présente les mêmes lésions scléreuses que nous avons décrites dans les observations précédentes, mais poussées à l'extrême. Ici l'élément embryonnaire est très peu abondant. A certains points seulement on rencontre des leucocytes autour des vaisseaux à parois très fibreuses. Les capillaires forment d'énormes cavités.

*
* *

Nous voudrions grouper et discuter maintenant les lésions histologiques que nous avons relatées dans chacune de nos observations en particulier.

Tous les fragments de cols blennorrhagiques soumis à notre examen, après avoir subi les préparations préliminaires décrites dans l'observation I, nous ont permis de voir que la muqueuse cervicale tout entière et le tissu interstitiel du col sont atteints par l'infection gonococcique à un degré plus ou moins avancé suivant les cas.

L'épithélium dermo-papillaire tapissant le museau de tanche remonte notablement dans la cavité cervicale, il présente des lésions importantes à signaler,

Constitué souvent par un grand nombre de couches cellulaires, il s'amincit, d'autre fois, et desquame en grands lambeaux.

Les cellules de la couche de Malpighi et celles des deux stratums sus-jacents ont leurs noyaux refoulés vers la périphérie cellulaire ; leur protoplasma devient plus clair et souvent vacuolaire. Ces cellules ainsi atteintes changent les rapports qu'elles avaient avec les cellules voisines qui se tassent et se déforment. Dans toute l'épaisseur de l'épithélium, entre les cellules, on constate des éléments migrateurs, sortis des capillaires par diapédèse.

Dans plusieurs de nos observations nous avons signalé que cet épithélium s'amincit tellement par place, et que la desquamation est si accentuée, que les papilles dermiques, très vascularisées et contenant des cellules embryonnaires sont très proches de la surface de la muqueuse dont elles sont séparées par une faible couche de cellules.

Ces lésions sont l'expression anatomique des exulcérations et du piqueté hémorrhagique constatés en clinique. Au niveau de ces érosions, *Schrœder* (1) et *Cornil* ont décrit une transformation de l'épithélium dermo-papillaire en épithélium cylindrique très haut. Pour notre part nous n'avons pas trouvé cette transformation, mais ce que nous avons vu dans certains cas, c'est une prolifération très vive de cet épithélium pavimenteux, où les cellules changent d'orientation — Au lieu d'être parallèles à la surface de la muqueuse, elles deviennent perpendiculaires ou occupent une position intermédiaire.

(1) Schroeder. — *Maladies des organes génitaux de la femme*, VI[e] édit., trad. franç., 1886, p. 139.

Ce que nous avons parfaitement constaté, c'est l'extension en surface de cet épithélium pavimenteux vers la cavité cervicale où nous le voyons dans la plupart des cas former au voisinage des glandes atteintes par l'inflammation, un revêtement épithélial privé de papilles. C'est là un fait analogue à celui constaté par *Vajda* (1), *Neelsen* (2), *Halle*, *Wassermann* et en particulier par *M. le professeur Baraban* (3) dans le revêtement épithélial de l'urèthre au cours d'une uréthrite chronique blennorrhagique.

Ainsi dans l'observation IV l'épithélium pavimenteux est déformé, aminci, ses papilles sont très irrégulières, très élargies par places, complètement disparues sur d'autres. Tous les éléments cellulaires recouvrant ces papilles sont mortifiés ; ils perdent leurs noyaux, ils s'allongent dans le sens de la surface épithéliale. En un mot, tout l'épithélium subit le processus de la kératinisation et se laisse fortement colorer par les réactifs spéciaux (acide picrique).

Toutes ces modifications épithéliales : irrégularité dans la stratification, transformation cornée, absence de papilles nous font supposer qu'il s'agit d'un épithélium de remplacement.

En considérant le niveau élevé auquel cet épithélium remonte dans la cavité cervicale, au voisinage des embouchures glandulaires, nous pensons qu'il s'est substitué à l'épithélium cylindrique normal ; mais nous ne croyons pas pouvoir attribuer cette transformation plutôt à l'infection elle-même qu'à l'action des nombreuses interventions thérapeutiques employées.

(1) Vajda. — *Wien. med. Wochens.*, 1882.
(2) Neelsen. — *Vierteljarh. für Dermat. u. Syph.*, Bd XIV, n° 4, 1887.
(3) Baraban. — *Revue méd. de l'Est*, 15 juin 1890.

L'épithélium pavimenteux du col se termine en diminuant progressivement d'épaisseur, les glandes débouchent alors au niveau d'un chorion dénudé, l'épithélium cylindrique tapissant normalement les saillies de l'arbre de vie, est enlevé par le curettage qui précède toujours l'opération. Cependant, dans l'observation I, nous l'avons observé sur une faible étendue où nous avons trouvé les mêmes lésions que celles de l'épithélium des glandes.

Le chorion de la muqueuse, dans toute son épaisseur, présente une grande prolifération cellulaire. A l'intérieur des papilles et dans une grande étendue, sous l'épithélium, on constate une forte accumulation de cellules jeunes formant presque une couche continue (planche III). Ces éléments embryonnaires infiltrent tout le chorion, se groupent en amas autour des nombreux vaisseaux capillaires, dilatés, à endothélium très saillant, et contenant des globules rouges et quelques globules blancs.

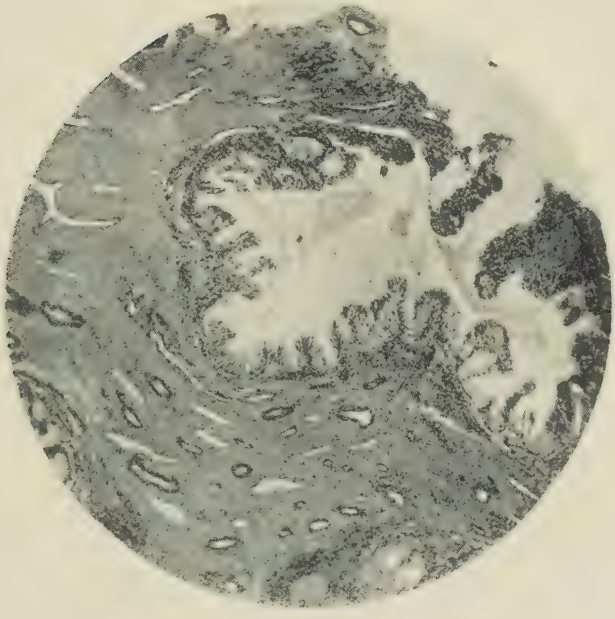
Le tissu fibreux du chorion consiste en fibrilles très épaisses, formant des mailles plus ou moins larges et renfermant les éléments embryonnaires, sortis des vaisseaux par diapédèse.

Ainsi épaissi par cette forte vascularisation et l'infiltration embryonnaire, le chorion renferme des *glandes* qui présentent des particularités importantes.

Tout à fait, à la surface de la muqueuse, où débouchent ces glandes, au niveau des ulcérations, le chorion, privé de son épithélium, est le siège d'un afflux considérable de leucocytes ; sa surface affecte un aspect hémorrhagique et se désorganise par endroits. Ces pertes de substance peuvent aussi bien être dues au curettage ou autres interventions opératoires qu'à la blennorrhagie.

I

PÉRIGLANDULITE. Abcès périglandulaire

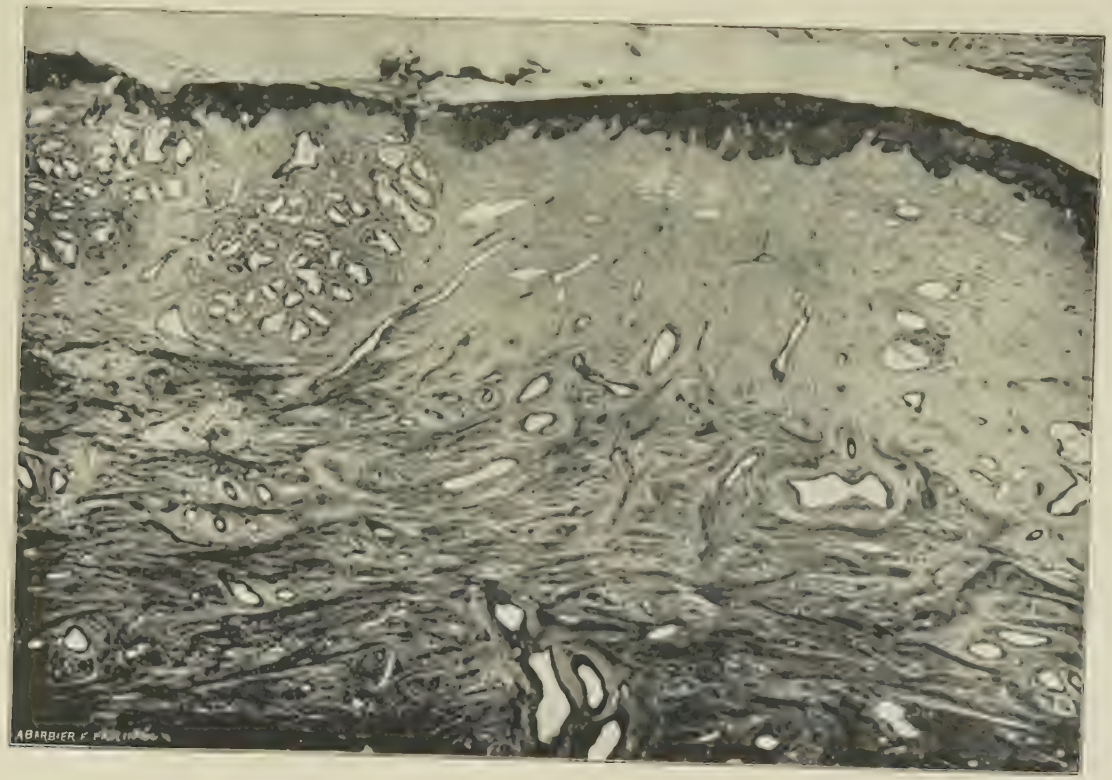


II

Gross^{t}: Opt. Zeiss, Obj. 16, Oc. 4. Phot. 30 c/m de l'oculaire

PÉRIGLANDULITE

— Dilatation glandulaire et sclérose périglandulaire —



Gross^{t} 25

INFILTRATION EMBRYONNAIRE SOUS-ÉPITHÉLIALE

— Périglandulite, sclérose —

Les *glandes* cervicales contenant du mucus, très ramifiées, s'allongent parfois à travers tout le chorion jusqu'à pénétrer dans la muqueuse. Dans toutes nos préparations, nous avons trouvé les acini plus ou moins augmentés en nombre ; leur cavité déformée, dilatée, est remplie de mucus et de globules blancs. Quand leur orifice excréteur s'obstrue, ces glandes deviennent kystiques (œufs de Naboth, Observation III).

L'épithélium cylindrique de ces glandes, prolifère très activement et subit la transformation muqueuse. La cellule se gonfle, son noyau prolifère et change de forme, des boules de mucus éclatent à la surface de la cellule ; celle-ci diminue de hauteur jusqu'à être réduite, à certains points de la glande, au noyau cellulaire à peine recouvert d'une faible couche de protoplasma.

Dans la cavité glandulaire très élargie, on trouve ces éperons (pl. I, n° 2) revêtus de l'épithélium glandulaire très proliféré. C'est à ce niveau que les cellules deviennent très hautes, se pressent les unes contre les autres, se déforment ; leurs noyaux, très allongés, occupent une hauteur variable. La rangée épithéliale normale n'existe plus ; l'épithélium constituant ces houppes cellulaires paraît être constitué de plusieurs couches.

A côté de ces glandes malades atteintes de lésions inflammatoires, nous rencontrons plusieurs culs-de-sac n'ayant point changé de forme ; leur épithélium ne présente rien de pathologique, si ce n'est qu'il sécrète une forte quantité de mucus ; les noyaux ont leur forme ronde, normale et occupent la base de la cellule.

Le tissu conjonctif périglandulaire est le siège d'une forte prolifération cellulaire, l'accumulation des cellules jeunes

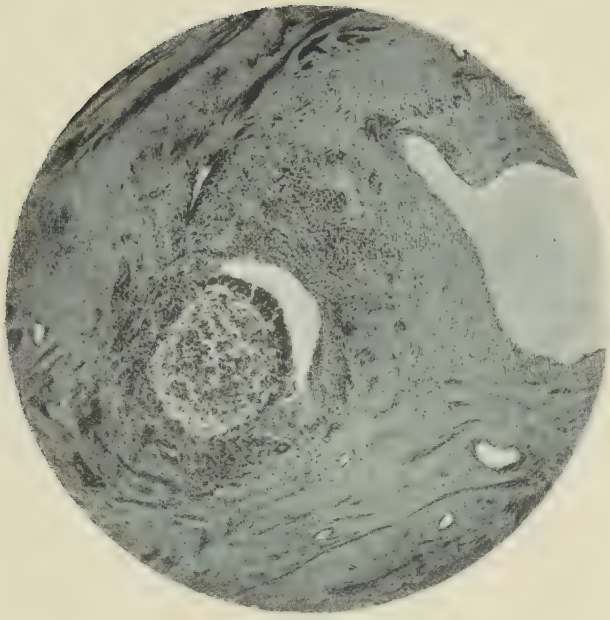
embryonnaires est tellement considérable qu'elle prend l'aspect des abcès microscopiques. Ce processus irritatif est prédominant autour des culs-de-sacs glandulaires ; à quelque distance dans le chorion, ce même élément inflammatoire ne se trouve que dispersé et beaucoup moins groupé. A l'endroit où le tissu entourant la glande est plus irrité, l'élément migrateur est plus nombreux et s'avance vers la cavité glandulaire, remplissant les papilles, les éperons coiffés par l'épithélium cylindrique glandulaire en voie de vive prolifération.

Cet infiltration de jeunes cellules entourant les glandes, cette *périglandulite typique*, avec ou sans prolifération de la glande, avec ou sans altération de son épithélium cylindrique, se rencontre dans toutes nos observations. La planche I, n° 1 en représente un exemple.

Le tissu interstitiel du col dans toute son épaisseur jusqu'aux couches les plus profondes de la musculeuse est infiltré de ces cellules jeunes embryonnaires qui, en s'accumulant par place autour d'un capillaire dilaté, rempli de globules rouges et quelques globules blancs, forment pour quelques cas (planche I, n° 1) *des vrais abcès périvasculaires* comme ceux que nous avons vus autour des glandes.

Ces foyers inflammatoires, au milieu du tissu interstitiel profond entourant les capillaires et pénétrant dans leur intérieur, sont une source incessante de dangers d'infection généralisée pour la femme.

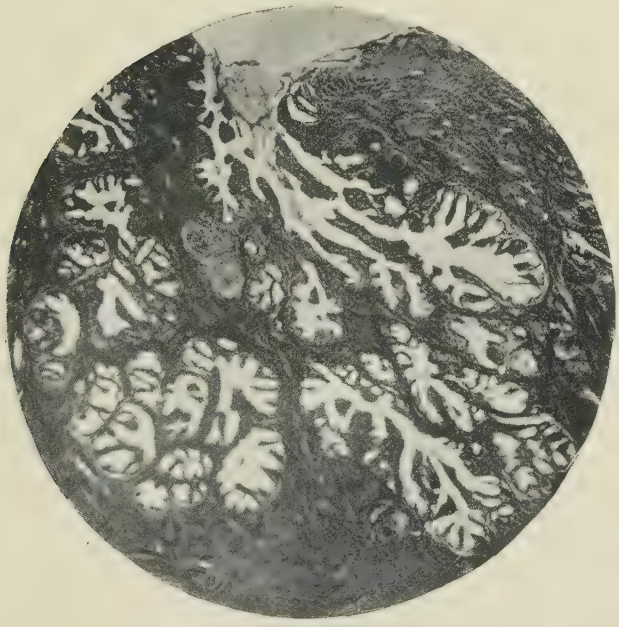
L'étude comparative des 12 cols blennorhagiques que nous avons examinés nous permet de dire que dans les cas d'infection de date récente, aussi bien que dans les cas d'infection de date ancienne, l'infiltration périvasculaire et périglandulaire est constamment rencontrée ; toutefois,



I

Gross¹: Opt. Zeiss. Obj. 16, Oc. 4. Phot. 30 c/m de l'oculaire

ABCÈS PÉRIVASCULAIRE. — Dilatation capillaire



II

Gross¹ 25

PROLIFÉRATION GLANDULAIRE

Phot. Art. BARBIER & PAULIN, Nancy

l'élément inflammatoire est plus diffus, plus accentué à la surface de la muqueuse dans les cas aigus que dans les cas chroniques, où l'organisation fibreuse du tissu conjonctif du chorion et celle de la couche musculaire est la lésion importante : des fibrilles très épaisses s'insinuent entre les faisceaux musculaires, les dissocient, les enserrent dans une sorte de gangue fibreuse et arrivent finalement à les atrophier.

Ce tissu scléreux s'insinue également entre les couches constituant les parois des gros vaisseaux, artères et veines, et arrive ainsi à doubler et tripler l'épaisseur de la paroi. C'est une hyperplasie très accentuée du tissu conjonctif périvasculaire dans lequel l'élément fibreux prédomine sur l'élément cellulaire. Cette sclérose des parois vasculaires, distincte de l'artério-sclérose habituelle, pourrait, d'après de Sinety, rétrécir le calibre des vaisseaux. Pour notre part nous n'avons jamais vu ce rétrécissement ; la lumière des vaisseaux était plutôt élargie et sinueuse ; il n'existait pas de lésions de leur endartère.

Un fait qui ne doit pas être négligé, c'est que la plupart de nos opérées sont des spécifiques et que d'après plusieurs gynécologistes la diathèse syphilitique entre pour une part dans la sélérose du col. Nous ne croyons pas devoir faire intervenir cette influence, vu l'importance cliniquement constatée de la métrite blennorrhagique de toutes nos malades, et d'un autre côté, l'absence constante de lésions cervicales d'origine spécifique.

Pathogénie. — La sclérose si précoce du col chez des jeunes filles blennorrhagiques à peine âgées de 17 à 20 ans, l'abondance du tissu fibreux, le grand nombre de cellules jeunes ; d'autre part la disparition de la muscul. use

et son remplacement par du tissu scléreux paraissent bien être l'œuvre de l'infection microbienne. Car si l'âge, les accouchements et les avortements répétés peuvent effectuer dans le tissu utérin de telles lésions, dans tous les cas que nous avons étudiés c'est à l'infection gonococcique qu'il faut recourir pour expliquer cette tendance vers la sclérose de tout le tissu constitutif du col utérin.

Sans vouloir attribuer absolument au gonocoque un rôle unique dans la production des lésions énumérées, nous ne pouvons négliger le fait indéniable, prouvé par nombre d'auteurs, que l'infection gonococcique rende le tissu du col plus propice à l'envahissement ultérieur par d'autres microbes pathogènes. C'est par l'action combinée de l'agent spécifique de la blennorrhagie et de saprophytes normaux de la cavité vaginale ou venus de dehors qu'il faut expliquer le genèse des lésions.

Nous sommes amené ainsi à discuter quelques questions pathogéniques dont l'étude a beaucoup éclairé la compréhension des lésions. *Bumm* prétendait que le gonocoque atteint les muqueuses à épithélium cylindrique ou cubique et respecte celles à épithélium stratifié plus résistant ; les lésions qu'il produirait seraient superficielles et guériraient sans aucun reliquat durable. *Wertheim*, en 1891, combat ces idées et démontre nettement que l'épithélium pavimenteux simple du péritoine, aussi bien que l'épithélium stratifié du vagin, peuvent être atteints par le gonocoque de Neisser, et que l'infection est non seulement superficielle, mais se propage vite aux tissus sous-jacents. A l'appui de cette théorie, il montre que le gonocoque produit dans le tissu conjonctif une réaction inflammatoire qui toutefois n'aboutit pas à la suppuration.

Dans l'infection utérine *Ruge*, *Cornil* et *Renvier*, *Doleris* admettent qu'à côté de la prolifération glandulaire et de la dégénérescence épithéliale de la muqueuse, le tissu interstitiel du col peut aussi être atteint ; d'où la distinction qu'ils ont faite des métrites en *endométrite glandulaire muqueuse* et *métrite interstitielle.*

C'est ce point de la blennorrhagie utérine que nos recherches viennent éclaircir. Elles montrent que non seulement la muqueuse est touchée par la gonococcie, mais que toutes les couches du col sont atteintes.

En résumé, la métrite cervicale blennorrhagique est due à la contamination du col par le pus blennorrhagique, provenant de diverses sources. Par suite de l'action, à la surface épithéliale, du gonocoque seul ou associé à différents microbes, il se produit une réaction tout d'abord superficielle, limitée au début à l'épithélium lui-même, mais qui s'étend bientôt à tout le tissu sous-jacent où elle provoque l'arrivée d'un grand nombre de cellules phagocytaires, ce qui nous explique cette infiltration embryonnaire considérable à l'intérieur du chorion.

Les glandes n'étant que des invaginations profondes de l'épithélium superficiel du col offrent de leur côté une large surface d'action aux microbes pathogènes. Leur épithélium réagit plus ou moins et dans leur entourage l'infiltration cellulaire est des plus considérables. L'inflammation gagne ensuite en profondeur et en suivant les voies lymphatiques, interstitielles ou périvasculaires s'étend à toute l'épaisseur du col. Dans la grande majorité des cas, l'inflammation devient moins diffuse ; il tend à se produire une sclérose qui envahi graduellement les parois vasculaires, la musculeuse et le chorion, mais il reste,

cependant, dans les tissus même les plus cicatriciels des foyers inflammatoires très apparents qui sont l'indice de l'existence et de l'action latente des microorganismes pathogènes.

On a remarqué que dans l'exposé de nos recherches, nous nous sommes gardé d'attribuer un rôle exclusif au gonocoque lui-même. Il nous était effectivement impossible de le rendre seul responsable des lésions constatées par l'examen microscopique, puisqu'on sait que sa virulence n'est que de peu de durée et qu'il cède bientôt la place aux divers microbes pyogènes.

Pour résoudre la question, il serait nécessaire de se mettre complètement à l'abri de l'infection secondaire et d'entreprendre des expériences avec le gonocoque seul. C'est ce que nous avons tenté de faire, malheureusement, sans grands résultats.

Expériences (1). — Dans ce but nous nous sommes adressé aux animaux et de préférence aux lapins, souris blanches et rats, qui sont les meilleurs réactifs de l'infection gonococcique.

Pour l'inoculation de ces animaux nous nous sommes servi de cultures pures de gonocoque que nous avons fait venir, à deux reprises, du laboratoire bactériologique de *M. Krâl*, de Prague.

Cette culture ayant été 4 jours en route, pour nous assurer de sa vitalité, nous avons essayé de la reproduire sur deux milieux différents : bouillon de veau, liquide ascitique,

(1) Nous avons fait ces quelques expériences au laboratoire de l'Institut Sérothérapique, avec l'aide éclairée et si bienveillante de M. G. Thiry, que nous remercions de sa grande amabilité.

gélose ordinaire, sang de piqûre de doigt, mais les résultats ont été négatifs.

Nos expériences ont été faites à deux reprises différentes. La première fois elles ont porté sur deux lapines de deux mois et demi, quatre souris blanches adultes et un rat femelle. La seconde fois sur une lapine de trois mois et demi et trois souris blanches.

Pour leur inoculation, les parties génitales externes bien nettoyées, nous avons prélevé et introduit aseptiquement la culture aussi profondément que possible dans le canal génital sans le traumatiser.

4 à 5 heures après l'inoculation, il s'écoulait du vagin de ces animaux un liquide louche, dont l'examen microscopique nous a permis d'y déceler une grande quantité de globules blancs contenant de nombreux gonocoques qui se décoloraient par le Gram. Cette sécrétion purulente se tarissait progressivement les jours suivants et le gonocoque était plus difficile à trouver, de sorte qu'au bout de 18 jours nous ne le reconnaissions plus au milieu d'une foule d'autres microbes affectant la forme des cocci.

Désirant avoir deux formes de lésions : aiguë et chronique, nous avons tué la première série d'animaux quatre jours après l'inoculation et la seconde dix-huit jours après. A l'autopsie, la vascularisation des cornes utérines était très accentuée dans la forme aiguë, nulle dans la forme chronique. L'examen histologique ne nous a permis de constater, dans les deux séries, que des signes de congestion simple se propageant dans toute l'épaisseur des parois des cornes utérines, avec une différence de degré d'acuité du processus. Des colorations faites pour la recherche du gonocoque, nous ont permis de constater sa présence

dans la forme aiguë où il était à l'intérieur de grosses cellules phagocytaires renfermées dans les tissus.

Aussi, sans oser tirer une conclusion formelle, nous exprimons le regret de n'avoir pas eu le temps ni les matériaux suffisants pour mener à bonne fin ce que nous avons entrepris. Il est à souhaiter que des expériences plus complètes soient faites dans ce sens.

ÉTUDE CLINIQUE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La connaissance des maladies de l'utérus se perd dans les temps les plus reculés des traditions médicales. Hippocrate et les auteurs venus après lui, Soramus, Celse, mentionnent déjà les écoulements et les ulcérations de la matrice. Galien met en doute la contagion de la blennorrhagie et essaye de la différencier des autres affections similaires, chez l'homme, la spermatorrhée, en particulier.

A l'époque où la science fleurissait en Égypte, les médecins arabes, Rhazès au IX^e^ siècle, Avicenne et Avenzoar au X^e^ siècle se sont occupés d'affections utérines sans rien ajouter à ce que savaient leurs devanciers.

Depuis ce temps et pendant plusieurs siècles, la pathologie utérine semble avoir subi un arrêt ; plus tard, Lanfranc au XIII^e^ siècle, Gordon et Valescius de Turin au XIV^e^ siècle viennent apporter un peu de lumière à cette étude. Le dernier de ces auteurs a bien montré qu'il existait un échange réciproque entre les maladies vénériennes de l'homme et de la femme. Mais à ce moment, la connaissance de toutes les maladies génitales était très confuse, on ne distinguait pas encore les lésions dues à la blennorrhagie et celles produites par la syphilis.

La blennorrhagie (Βλεννα, mucus ; ῥηγνυμι, je chasse dehors — mot créé par Swediaur, médecin autrichien qui a vécu en 1740-1824) a été longtemps confondue avec cette dernière maladie. Son origine met les auteurs en désaccord. Oviedo et Astruc la font remonter à l'époque de la découverte de l'Amérique ; mais la plupart, comme Follin et J. Rosenbaum la considèrent comme aussi vieille que le monde.

Il est hors de conteste que cette ignorance est due pour beaucoup à ce que les anciens ne pouvaient pas admettre l'existence de la blennorrhagie sans lésions syphilitiques ; cette maladie était pour eux la compagne habituelle de la vérole. Avec le XVIII^e^ siècle, viennent des esprits plus observateurs, Tode de Copenhague, Rosquillon, Hernandez, qui décrivent la blennorrhagie comme affection absolument distincte de la syphilis, et déterminée par un virus à action locale spéciale. Rolin (1) le premier, dit que toute maladie que l'homme doit à la femme n'est pas toujours la syphilis.

A la fin du XVII^e^ et au courant du XVIII^e^ siècle, citons

(1) Rolin. — *Traité des flueurs blanches*, Paris, 1766.

encore : Sabatier, Schopart et en particulier Zevret qui, le premier emploie la sonde utérine. Tout au commencement de notre siècle, Vigarou (1) consacre un chapitre spécial à la gonorrhée utérine et aux flueurs blanches. Guilbert, en 1826, recherche les causes de la chronicité du catarrhe utérin. Bennet et Aran, en 1839, développent l'idée qu'ils ont puisée dans l'ouvrage resté célèbre de Mme Boivin et Dugès (2) que l'engorgement, le flux muco-purulent provient de l'inflammation chronique de la matrice.

Dans tous ces travaux, jusqu'ici on retrouve les mêmes idées. C'est que les moyens d'investigation qui étaient à la disposition des médecins d'alors, n'étaient pas suffisants pour étendre le cercle des notions déjà acquises. L'intervention chirurgicale et les autopsies ayant été une rareté, les connaissances anatomo-pathologiques des affections génitales de la femme étaient encore nulles ou faussement interprétées — les idées hippocratiques régnaient encore au dessus de tout, même jusqu'au milieu de ce siècle. Il fallait encore plusieurs années pour arriver à des auteurs comme Serre, Alphonse Guérin, Bernutz et Goupil (3) pour apporter un peu plus de précision dans la description de la blennorrhagie utérine.

A partir de ce moment, la tendance à distinguer des variétés de blennorrhagie chez la femme suivant les régions de l'organe reproducteur plus spécialement atteintes,

(1) Vigarou. — *Cours élémentaires des maladies des femmes*, Paris, 1801.

(2) Boivin et Dugès. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1833, 2 vol.

(3) Bernutz et Goupil. — *Clinique médicale sur les maladies de l'utérus*, Paris, 2 vol. 1866.

devient de plus en plus grande ; les interprétations des auteurs deviennent plus définies.

On commence à parler de blennorrhagie vaginale, des culs-de-sacs, du col, du corps de l'utérus, et l'on arrive à en faire des variétés exclusives. Et en particulier Emmet de New-York affirme que le col peut être atteint seul, à l'exclusion du corps de l'utérus, et que la déchirure que l'accouchement produit sur le col est une des causes prépondérantes dans l'infection de cette partie de l'utérus. Pozzi (1), de son côté, croit que le corps est infecté consécutivement au col utérin.

Courty (2), lui aussi, s'occupant de la blennorrhagie utérine et s'intéressant plus spécialement à son caractère contagieux, s'exprime ainsi : « Il faut être très prudent au sujet des relations sexuelles avec une femme chez laquelle on soupçonne un vestige de la blennorrhagie » ; et il montre que cette maladie peut remonter du vagin, aller se cantonner au col de l'utérus et y occasionner une leucorrhée très tenace.

Tous ces auteurs saisissaient parfaitement le caractère contagieux de la maladie, mais sans pouvoir toutefois en trouver l'explication. Il fallait Pasteur et la théorie microbienne pour créer une nouvelle ère à la gynécologie.

A peine ébauchées, les premières acquisitions de la bactériologie ont permis à des auteurs comme Donné, Hallier, d'attribuer la production de la blennorrhagie à des êtres infiniment petits animaux ou végétaux qu'ils trouvaient dans le

(1) Pozzi. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, Paris, 1897, p. 194.

(2) Courty. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1880, 3e édit., p. 1375.

pus blennorrhagique. Mais c'est Neisser qui, en 1879 décrit dans la sécrétion blennorrhagique un diplocoque auquel il donne le nom de gonocoque. Les travaux de contrôle venus ensuite ont beaucoup enrichi la littérature vénéréologique et aujourd'hui l'association des recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques, a permis à des auteurs distingués comme Bouilly, Doléris, de Sinéty et Cornil en France ; Bumm, Wertheim, Neisser en Allemagne, d'élucider presque complètement la genèse de l'étude de la blennnorhagie utérine.

CHAPITRE II

Description de la maladie

Il n'y a peut-être pas dans l'histoire médicale d'affection qui soit restée si longtemps esclave de théories surannées que la blennorrhagie utérine.

Longtemps les auteurs ont cru que les parties génitales étaient le siège exclusif de la maladie ; la symptomatologie grossière d'une vulvite ou d'une vaginite était suffisante pour faire conclure à la blennorrhagie génitale. Les investigations s'arrêtaient là ; aussi la blennorrhagie utérine était-elle considérée comme une rareté ou simplement comme une complication.

En 1879, Gallard (1) décrivait l'infection catarrhale chronique du col et montrait qu'à la longue elle pouvait se propager au col utérin, mais il n'en signale pas cependant la nature blennorrhagique.

Le premier qui a reconnu l'insuffisance de ces notions

(1) Gallard. — *Leçons cliniques des maladies des femmes*, Paris, 1879, p. 173.

est Bumm de Würtzbourg (1) qui a montré que dans la grande majorité des cas la blennorrhagie chez la femme se localise volontiers dans le canal cervical et que la vaginite n'est que secondaire, irritative. Trois ans plus tard, Steinchneider (2) affirmait qu'après l'urèthre, c'est le col qui est le nid de la blennorrhagie chez la femme. Ces deux auteurs ont ainsi démontré le caractère local de la blennorrhagie cervicale, particularité méconnue avant eux. Nombre de travaux, entr'autres ceux de Welander, Doyen, Eraud, Aubert (3) apportent dans la suite des arguments solides, des descriptions détaillées de la symptomatologie de la métrite cervicale et montrent sa très grande fréquence. C'est ainsi que nous savons aujourd'hui que la métrite gonococcique du col dans son évolution clinique revêt plutôt un caractère de chronicité que d'acuité.

Forme aiguë. — La forme aiguë, apanage exclusif du jeune âge, ne se voit presque jamais dans les hôpitaux ; elle constitue dans la pratique privée des cas tellement épars que si beaucoup de praticiens ne l'ont que rarement observée, d'autres, comme Verchère (4) ne l'ont jamais vue.

Pour sa réalisation, il faut, en effet, un concours de circonstances qui ne peuvent se rencontrer que rarement réunies ; il faudrait 1° l'introduction directe ou indirecte dans l'utérus d'un pus blennorrhagique très virulent ; 2° un état de réceptivité tout spécial de la femme : la menstruation,

(1) Bumm. — *Beitrage zur Kenntniss der gonnorrhee der weiblichen Genitalien*, Archiv. fur Gynækol., 1884, p. 328.
(2) Steinchneider. — *Berliner klinich. Wochenschrift*, 1887, n° 17.
(3) Aubert. — *Lyon médical*, 26 octobre 1884.
(4) Verchère. — *Blennorrhagie chez la femme*, t, II, 1894, p. 9.

l'avortement, l'accouchement, en d'autres termes un état de moindre résistance de l'épithélium contre l'invasion.

Dans la classe pauvre et chez les prostituées, en particulier, qui sont exposées à tout instant à des réinfections et à des traumatismes du col, provoqués par le coït brutal ou par les avortements fréquents, on retrouve assez souvent quelques symptômes plus ou moins aigus qui marquent le début de l'affection. Les observations relatées dans notre chapitre anatomo-pathologique en font preuve.

Nous essaierons de décrire cette forme aiguë telle que les auteurs l'acceptent aujourd'hui.

Le col une fois atteint, soit par le dépôt direct du virus gonococcique, soit par l'extension de l'infection venant des parties génitales externes : vulve, glandes de Bartholin ou vagin, est le point de départ de divers symptômes : après des troubles digestifs assez marqués, la région hypogastrique de la femme devient très sensible, la malade accuse une pesanteur dans le bas-ventre, des douleurs violentes avec irradiations dans la direction des plexus lombaire et sacré, ne tardent pas à se montrer. L'urèthre étant, dans ce cas, toujours pris, il existe de la douleur pendant la miction.

Très souvent, un frisson, suivi d'une élévation de la température, ouvre la scène à la maladie ; dans ce cas, le médecin peut être induit en erreur et croire à l'invasion d'une fièvre infectieuse quelconque, lorsque son attention n'est pas tout de suite attirée par la concentration sur l'appareil génital des signes pathologiques. Le doute n'est pas de longue durée, car les souffrances locales augmentent bientôt ; il se produit un écoulement, d'abord muqueux, très abondant, strié quelquefois d'un peu de sang et qui devient, petit à petit, muco-purulent.

L'examen microscopique de cette sécrétion visqueuse, purulente, permet de constater la présence du microorganisme spécifique de la blennorrhagie.

La vulve rouge, œdématiée; l'urèthre, le vagin participent également au processus inflammatoire. Si l'on nettoie la muqueuse vaginale, on la voit se recouvrir très vite de la sécrétion purulente.

Le toucher ou l'introduction du spéculum sont rendus impossibles par l'intensité de la douleur. Mais bientôt toute cette symptomatologie bruyante disparaît et la maladie guérit, ou bien, ce qui est le cas le plus fréquent, passe à l'état chronique. L'introduction dans le vagin des instruments explorateurs devient alors possible. Le col peut encore avoir conservé quelques vestiges d'inflammation aiguë, être rouge, augmenté de volume et présenter de petites exulcérations très superficielles. Lorsqu'on le pince entre les deux valves du spéculum, il est le siège de douleurs vives; de son orifice s'écoulent quelques gouttes de muco-pus très adhérent. Cet état ne disparaît que très difficilement et devient permanent quand la femme néglige de se traiter. C'est, dès lors, un état comparable à la « goutte militaire » de l'homme.

Très souvent, au cours de la période aiguë de la maladie, des complications d'une redoutable gravité peuvent apparaître; l'inflammation peut se propager jusqu'aux annexes en suivant la voie de la muqueuse ou celle des lymphatiques (Lucas Championnière), elle peut aller jusqu'aux ligaments larges et au péritoine du petit bassin où elle provoque une péritonite suppurée ou adhésive, caractérisée par la formation de fausses membranes qui fixent et immobilisent l'utérus, les trompes, les ovaires

dans une position vicieuse (source de souffrances ultérieures pour la femme et cause de stérilité.) La principale complication est l'inflammatiou de la muqueuse du salpynx dont l'infection agrave notablement le pronostic de la maladie.

Si la malade n'est pas emportée par la gravité des premiers symptômes ou des complications, l'affection se calme en peu de temps. La malade recouvre apparemment la santé ; mais le col n'en est pas moins touché ; il peut regagner l'apparence saine, mais malgré cela il loge dans son enceinte l'agent agresseur.

Forme chronique. — La métrite cervicale subaiguë ou franchement chronique qui peut succéder à la forme aiguë, mais qui survient rarement ainsi, en raison même de la rareté de cette forme, est le plus souvent chronique d'emblée. Sa cause primordiale est, également, l'infection directe du col par le pus blennorrhagique, provenant d'un urèthre masculin atteint lui-même d'uréthrite chronique. Y a-t-il une raison à cette chronicité d'emblée ? il est fort possible qu'il faut l'attribuer : 1° à la structure histologique de l'utérus, qui avec ses nombreux diverticules glandulaires favorise l'introduction de tout germe infectieux ; 2° aux nombreuses perturbations des fonctions chroniques ou physiologiques des glandes utérines, servant à fournir un milieu de culture très favorable au développement de tous ces milliers de saprophites — hôtes habituels du canal génital — ou à celui des agents microbiens pathogènes venus du dehors — le gonocoque en particulier.

Les signes fonctionnels qui caractérisent la maladie sont essentiellement au nombre de trois : 1° *la douleur*, 2° *la leucorrhée* et 3° les troubles intéressant les actes physio-

logiques qui se passent dans l'appareil génital, c'est-à-dire *la menstruation* et *la fécondation*.

La *douleur* est presque nulle pendant toute la durée de la maladie ; de nombreuses femmes n'ont jamais connu le début de leur mal; rien ne les empêche de vaquer à leurs occupations habituelles; leur attention n'est attirée que par l'apparition des accidents auxquels l'affection les expose si fréquemment et c'est alors seulement qu'elles ont recours au médecin.

Dans le service de M. Février, toutes les femmes atteintes de métrite blennorrhagique, que nous avons eu l'occasion d'interroger, n'ont jamais accusé avoir été sérieusement malades du fait de leur leucorrhée, cependant elles se plaignaient de ce que les douleurs devenaient un peu plus vives au moment de leurs époques. La plupart de ces femmes, d'ailleurs, entraient au service pour soigner leurs accidents syphilitiques et secondairement ceux de leur blennorrhagie utérine.

Dans les cas où la maladie affecte la forme subaiguë il existe des douleurs constantes, mais supportables, ayant surtout pour siège la région du petit bassin. La femme se plaint de douleurs de plénitude ; elle croit sentir son utérus ; elle accuse des douleurs sciatiques ou cocciodyniques et souffre encore de ténesme vésical et rectal.

De crainte de tomber dans des répétitions inutiles disons tout de suite, que tous ces troubles sont dus à l'extension de l'inflammation gonococcique à la muqueuse corporelle et à celle de la trompe autant qu'à la métrite cervicale.

En règle générale, la maladie évolue insidieusement sans occasionner d'autres inconvénients que la sécrétion incessante de l'utérus. Tout ce qui peut provoquer un flux

sanguin abondant ayant pour siège l'utérus et ses annexes, comme la menstruation, l'accouchement, l'avortement, le coït trop souvent répété, les fatigues physiques de tout genre : marches à pied, à bicyclette ou en voiture, sont propres à exalter les propriétés virulentes du gonocoque et à favoriser sa propagation dans l'intérieur de l'utérus. L'infection de bénigne et locale qu'elle était devient plus grave ; elle se généralise à tout l'utérus et à ses annexes ; dès lors apparaissent toute une série de symptômes menaçant la vie de la femme. Il se produit une véritable résurrection de la maladie, comme dit Jullien (1) ; le gonocoque se réveille de son état somnolent, s'exalte, et devenant contagieux peut très facilement se transmettre.

Leucorrhée. — Le seul symptôme qui apporte une gêne notable à la femme et qui la force à se soigner est la *leucorrhée*. Elle consiste dans l'écoulement d'un liquide plus ou moins épais analogue à du blanc d'œuf, de teinte variable, allant du blanc jaunâtre au jaune verdâtre ; il est moins visqueux, mais grumeleux et souvent strié de sang quand le corps de l'utérus participe à l'inflammation ; sa réaction est alcaline et il est plus adhérent, plus difficile à détacher même par la pince quand c'est le col qui le sécrète. Cette sécrétion pathologique est quelquefois tellement abondante qu'elle vient mouiller la femme à l'occasion du moindre mouvement. Quelques auteurs ont prétendu y avoir facilement décelé la présence du gonocoque, mais la plupart sont d'avis contraire. Dans les cas que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous avons vu une foule de cocci, les uns se décolorant par le Gram, d'autres ne se déco-

(1) Jullien. — *Blennorrhagie et le mariage*, Paris, 1898.

lorant pas, de sorte qu'il nous est difficile, dans de telles conditions, d'affirmer avoir trouvé nettement le gonocoque. Très probablement, ce microbe, après avoir provoqué certains désordres histologiques, se cantonne quelque part dans les éléments anatomiques, préparant ainsi le terrain à une infection secondaire : streptocoque, staphylocoque ou bacille de Koch.

En 1893, Bouilly (1) a décrit une forme de métrite cervicale survenant chez les primipares, les jeunes femmes de préférence, caractérisée par une abonnante sécrétion très adhérente au col. Faute de preuves étiologiques, et anatomopathologiques, l'auteur l'a appelée *métrite idiopathique* de forme *glandulaire* parce qu'il supposait que du col les glandes seules étaient atteintes à l'exclusion du parenchyme. Aujourd'hui nous savons que cette métrite n'est pas idiopathique, mais qu'elle est de nature blennorrhagique. Elle reconnaît pour origine un coït suspect ou une contamination maritale.

Menstruation. — La troisième série de symptômes, non moins importante, est constituée par les modifications que la gonococcie utérine apporte *à la menstruation*. Variables dans leur intensité, ces troubles peuvent dans des cas exceptionnels être insignifiants et ne point modifier les époques de la femme. Dans toutes les observations que nous avons rapportées on voit que presque chaque fois les douleurs habituelles au moment de la menstruation sont devenues plus aiguës. Si le corps de l'utérus est touché, les douleurs expulsives, caractéristiques de la dysménorrhée, peuvent venir aggraver l'état de souffrance de la malade.

(1) Bouilly. — *Semaine médicale*, 1893, p. 77.

La durée trop prolongée des époques et l'abondance des pertes sanguines dues à la métrite blennorrhagique, et qui se manifestent aussi bien au moment des époques que dans leur intervalle, sont bien connues depuis que la question, après avoir été ébauchée par Eraud de Lyon (1), a été étudiée en détail par Chambelland (2). Ce dernier auteur décrit de véritables ménorrhagies se produisant à la suite de la métrite blennorrhagique. Les époques sont plus abondantes, capricieuses, leurs intervalles entrecoupés de fortes pertes sanguines. Ces modifications menstruelles exposent chaque fois la femme à une nouvelle progression du microbe vers l'intérieur de l'utérus jusqu'à ce qu'il arrive à envahir tout l'appareil génital. En raison du peu de gravité des symptômes que cette propagation intermittente produit d'abord sur l'organisme de la femme, le processus pathologique arrive, sans qu'elle y prenne garde, à envahir tout le petit bassin et les organes qui y sont contenus. Dès lors, pour remédier au mauvais état de la santé, qu'elle sent compromise, elle se décide à se soumettre à un traitement.

Les signes objectifs de la métrite gonococcique cervicale se résument dans l'aspect que le col présente à l'examen au spéculum. La palpation et le toucher, pratiqués isolément, nous apprennent si tout l'utérus et ses dépendances sont envahis par l'inflammation, le col ayant été la première étape de l'atteinte microbienne.

L'aspect que le col présente est variable. On le trouve conique ou cylindrique, déchiré ou non, suivant que la femme est multipare ou nullipare.

(1) Eraud. — *Lyon médical*, 1889. De la blennorrhagie chez la femme.
(2) Chambelland. — *Thèse de Nancy*, 1892, p. 46.

Le fait que la femme est accouchée ou non, exerce un rôle prépondérant dans la localisation de l'infection. Le col est longtemps seul atteint ; la maladie respecte le corps de l'utérus tant que l'orifice interne, jouant le rôle d'un sphincter, n'est pas rompu par le travail d'un accouchement ou d'un avortement. La facilité de l'infection utérine chez la femme qui a eu des enfants a été depuis longtemps étudiée par Emmet de New-York.

Le col chez la primipare a une forme conique de haut en bas. Lorsqu'il est augmenté de volume, par suite de la chronicité de la métrite, cette forme change jusqu'à devenir celle d'un dôme très allongé. Chez la multipare, au contraire par suite des déchirures latérales, le col affecte des formes variées ; ses lèvres étant renversées, l'aspect qu'il présente l'a fait comparer au groin du porc, au museau du tapir, ux rebords d'un pot de chambre, etc.; toutes dénominations comparatives pour exprimer un col déformé.

Dans presque tous les cas le col est très augmenté de volume, dur à sa périphérie, mou près de son orifice externe. Celui-ci, punctiforme chez la primipare et conservant plus ou moins sa forme habituelle et très perméable, bordé latéralement chez la multipare de cicatrices étoilées et laissant entrevoir la muqueuse intra-cervicale, rouge, enflammée, facilement saignante, qui, renversée au dehors, constitue l'ectopion dont l'aspect est quelquefois celui d'une ulcération. Un bouchon de mucus filant jaune-verdâtre obstrue l'orifice externe, attestant par sa présence l'inflammation chronique catarrhale du col. Ce dernier est très fréquemment le siège d'érosions, d'ulcérations très superficielles qui atteignent le diamètre d'une pièce de 20 centimes et

que Verchère (1) considère à tort comme n'étant que l'extension pure et simple de la vaginite sur la portion vaginale du col, sans que l'endrométrium en soit pour cela touché. Le fond de ces ulcérations a une teinte chair musculaire, quelquefois jaune-grisâtre, opaline. Elles ont une surface plane ou légèrement cupuliforme « comme si la muqueuse avait été abrasée avec un rasoir ou une gouge » (Leloir) (2). Le fin piqueté hémorrhagique qu'on observe à leur surface est l'expression d'un amincissement notable du revêtement épithélial, en même temps que d'une forte congestion des papilles dermiques du museau de tanche. Par suite de leur forme et de l'induration de leur base, on peut croire dans quelque cas à un chancre infectieux d'où la dénomination *chancriforme* que Leloir leur a donnée.

L'évolution de ces lésions est très lente ; elles ne guérissent, d'après Jullien (3), que très difficilement et laissent toujours à leur suite des cicatrices indélébiles.

— Le vagin mouillé continuellement par le liquide virulent sortant du col finit par se desquamer, par offrir asile au gonocoque et devenir à son tour un foyer pyogène.

Désirant rester fidèle aux idées classiques, beaucoup d'auteurs croyaient la vaginite primitive dans tous les cas; le gonocoque pouvait s'y cantonner et n'arriver au col utérin que dans des circonstances favorisant l'extension de l'inflammation au reste de la muqueuse génitale. Ainsi

(1) Verchère. — *Loc. cit.*, vol. II, 1894, p. 5.
(2) Leloir. — *Nord médical*, 15 février 1895.
(3) Jullien. — *France médicale*, 6 novembre 1896.

pensait Poullet (1) en 1873. Depuis quelques années la question ayant été l'objet de nouvelles études : Eraud (2), Schmitt(3)et Andry(4)ont tout récemment proclamé l'inexactitude de ces assertions et ont de leur côté prétendu que la vaginite primitive, sauf dans des cas de blennorrhagie féminine très aiguë, est une exception et que presque toujours elle est secondaire et occasionnée par l'écoulement purulent qui a son origine dans le col utérin. Des preuves anatomiques et chimiques viennent à l'appui de cette idée.

L'absence d'invaginations glandulaires dans le vagin, son fort revêtement épithélial et l'acidité naturelle de ses sécrétions sont autant de raisons qui s'opposent à l'action des micro-organismes.

D'accord avec l'esprit clinique moderne, disons que le droit d'entité morbide de la vaginite est aujourd'hui généralement nié et qu'il ne faut la considérer que comme consécutive à la macération, à la desquamation résultant de la métrite cervicale ou corporaire.

(1) Poullet. — Les écoulements blennorrhagiques chez l'homme et chez la femme, 1879, p. 245.
(2) Eraud. — *Lyon médical*, 1889.
(3) Schmitt. — *Revue médicale de l'Est*, 1889.
(4) Andry. — *Gazette de gynécologie*. — Juillet, 1897, p, 197.

CHAPITRE III

Etiologie et diagnostic

Pendant longtemps on a fait dépendre le catarrhe cervical des causes générales de l'affaiblissement de l'organisme, exprimées dans le terme de *diathèses*. La mauvaise qualité des humeurs, les perturbations dyscrasiques et aussi les traumatismes de toute nature portant atteinte à la matrice, étaient pour les classiques les causes premières dans l'étiologie de cette affection.

Gallart (1), Vallex et Courty, tout en acceptant les théories anciennes, essayent les premiers de dégager et de mettre en relief d'autres facteurs étiologiques. Le premier de ces auteurs avait bien observé que l'écoulement cervical rebelle à tout traitement était surtout fréquent pendant la période la plus active de la vie génitale de la femme, entre 16 et 45 ans ; mais ne connaissant pas encore ce qu'aujourd'hui nous attribuons à la nocivité microbienne, l'auteur, d'ac-

(1) Gallard. — *Loc. cit.*, p. 217.

cord avec beaucoup d'autres, attribuait entr'autres cas, la fréquence de la métrite qui survient peu de temps après le mariage à la fatigue des voyages de noce, aux excitations continuelles, à l'inflammation due à la défloraison, à des avortements méconnus, etc. « La jeune femme, par suite de l'état nouveau de sentiment dans lequel elle se trouve, à la suite d'un voyage, d'une excursion fatigante, voit ses règles avancer ou devenir plus abondantes : elle n'en prend pas soin ; sa nouvelle vie l'empêche d'y songer quand c'est un avortement trop précoce qui en est la cause et qui mène à sa suite la stérilité. »

Aujourd'hui que la bactériologie nous a appris les lois générales de l'infection, pour la plupart des auteurs le mot *métrite* est synonyme d'envahissement microbien de l'organe gestateur de la femme.

A différentes époques les expérimentateurs avaient constaté, dans le pus blennorrhagique, la présence des micro-organismes.

En 1844, Donné décrivait le *vibrio-lincola;* plus tard Jusseaume, *Salisboury* (1), Itallier, etc., y trouvaient des spores groupées deux à deux, quatre à quatre, et, détail important, ces spores se trouvaient dans l'intérieur des cellules épithéliales desquamées.

Ce sont ces premières recherches qui ont guidé Neisser en 1879 dans la découverte du gonocoque, l'agent spécifique de la blennorrhagie. Depuis ce temps, nombre de recherches, pour ne rappeler que celles de Crivelli, Pozzer, Bouchar, ont développé la morphologie de ce microbe et clairement démontré son rôle pathogène.

(1) Salisboury. — *Gazette médicale de Lyon*, 1873.

Actuellement la pluralité des causes de l'infection utérine est réduite, à quelque chose près, au rôle unique et prépondérant du gonocoque. La puerpéralité avec son infection mixte strepto-staphylo-gonococcique et la blennorrhagie avec son gonocoque dominent toute l'étiologie de l'inflammation utérine.

Sans risquer d'être exclusif, nous pouvons dire que le gonocoque a une part prépondérante dans toute métrite cervicale. En effet, l'infection du col survenue à la suite d'un accouchement compliqué de déchirure ou non, ou d'un avortement qu'on attribue exclusivement à la puerpéralité n'est, le plus souvent, qu'une infection gonococcique antérieure, réveillée par les perturbations que l'utérus subit pendant la gestation.

L'infection puerpérale n'est pas toujours la cause du gros col scléro-cystique de la métrite cervicale parenchymateuse, car nous avons vu dans le chapitre d'anatomie pathologique que la blennorrhagie du col peut, également, aboutir au même processus scléreux.

Le rôle essentiel du gonocoque dans la pathogénie de la métrite cervicale étant ainsi admis, nous allons voir comment s'effectue sa pénétration jusqu'au col utérin. Existe-il à l'état de saprophyte dans le col ou vient-il du dehors ?

La solution de ce problème a nécessité beaucoup d'études patientes. Les travaux sur la flore microbienne du canal génital de la femme sont tellement nombreux aujourd'hui que pour l'intelligence de notre étude, et sans sortir de la simple description, nous ne rappellerons que les travaux ayant trait plus spécialement à l'infection gonococcique, sans aucunement donner une conclusion affirmative dans un sens ou dans un autre.

De même que les autres cavités naturelles de l'organisme, la cavité utérine peut s'infecter de deux façons, ou par voie interne ou par voie externe ; son infection est *endogène* ou *exogène*.

Winter (1) le premier, a dit qu'à l'état normal le vagin et le col utérin abritent non seulement des saprophytes dont l'auteur cultive et compte jusqu'à 27 espèces différentes, mais encore des microbes pathogènes : strepto-, staphylo-, et gonocoque. Stroganoff, Peraire (2), Santzer, Toledo et Strauss (3), concluent de leur examen microbien du mucus cervical que le col est stérile à l'état sain. Doderlein, dans un travail publié à Leipzig, 1892, où il étudie le produit de raclage de la cavité cervicale, conclut en disant que l'acidité normale du vagin, tout en laissant libre la pullulation d'une foule de saprophytes, s'oppose à celle des microorganismes pathogènes, le gonocoque en particulier, mais que ces derniers trouvent dans les troubles de la réaction chimique du mucus du col un terrain de culture très propice.

Menge et Krœnige, ayant ensemencé le vagin avec des cultures de B. pyocyanique, staphylocoque pyogène ou de streptocoque, ont constaté que l'acidité de cet organe tuait tous les microbes. C'est une véritable *auto-aseptisation*. Tant que cette réaction naturelle existe, l'utérus reste indemne, mais une fois l'équilibre rompu, par une circonstance quelconque, accouchement, avortement ou maladie générale, la virulence de ces hôtes paisibles de la

(1) Winter. — *Zeitschrift fur Geburt. und gynœkologie*, 1888.
(2) Peraire. — *Des endométrites infectieuses*, thèse de Paris, 1889.
(3) Straus et Santzer Toledo. — *Ann. Institut Pasteur. Microbes de l'utérus après la parturition*, p. 427, 1888.

partie inférieure du canal génital s'exalte et tout le canal génital se trouve en imminence d'infection. Identiques sont les faits observés par Thiébaut (1), qui, sur 28 ensemencements de mucus du col normal, n'a eu que 15 résultats positifs où il obtenait des *sarcines*, des microcoques, des bacilles de toutes espèces, mais pas de gonocoque. Tout dernièrement, Stini (thèse de Paris, 1897) et Hallé (thèse de Paris, 1898), reviennent à l'idée développée par Winter, c'est-à-dire que le col est habité à l'état normal par beaucoup de microbes, selon Hallé, d'anaérobies, pathogènes pour l'animal, et qui, à l'état pathologique, s'associent au gonocoque.

De toutes ces recherches, retenons que seule la partie inférieure du conduit génital : vulve et vagin, contient à l'état normal des saprophytes et des microbes pathogènes, des diplocoques rappelant morphologiquement le gonocoque de Neisser. Bumm (2) a décrit dans le vagin 5 espèces affectant la forme vraie du gonocoque, mais s'en distinguant toutefois par leur plus grande taille, leur électivité pour le Gram et par ce caractère essentiel qu'ils ne sont pas pathogènes pour l'animal.

Ces faits ont contribué à édifier l'opinion admise par beaucoup de praticiens que, chaque fois qu'une femme porte le contage blennorrhagique, c'est qu'elle recèle l'agent spécifique de cette affection, sinon il faut admettre la régénération spontanée de ce microbe. Une des affections qui a beaucoup contribué à éclairer la nature exogène de l'infection blennorrhagique de la femme est la *vulvo-vagi-*

(1) Thiébaut. — *Annales de l'Institut Sainte-Anne*, p. 133, Bruxelles, 1895.

(2) Bumm. — *Loc. cit.*, p. 327.

nite des petites filles qui, sauf de rares exceptions, relève dans son anamnèse beaucoup plus souvent d'une infection familiale que d'un attentat à la pudeur.

Mais pour revenir à la question qui nous occupe, nous dirons que la métrite cervicale cache dans son passé, plus rarement un *épisode aigu qu'une symptomatologie calme;* que la maladie s'installe insidieusement sans aucun signe bruyant et remonte toujours aux premiers rapports sexuels avec un individu qui, consciemment ou non, a été porteur d'une blennorrhagie ancienne. Ce fait avait depuis longtemps frappé Noggeratt qui, en 1872, énonce bien haut le caractère chronique et la nature blennorrhagique de beaucoup de métrites ; il affirmait que les maris de 90 °/₀ des femmes stériles ont eu la blennorrhagie à une époque plus ou moins lointaine de leur mariage. On l'accusait à ce moment d'être trop absolu dans ses conclusions, mais depuis que nous connaissons le microbe spécifique de la blennorrhagie, depuis qu'on a acquis des connaissances bien solides sur cette maladie aujourd'hui trop indiscrète, tous les cliniciens s'accordent pour admettre que l'infection gonococcique de par les maris porteurs de « la goutte militaire » est la cause essentielle des métrites chroniques cervicales des jeunes femmes. Le plus souvent, dans ce cas, l'infection reste localisée au col, provoquant un catarrhe plus ou moins abondant, sans déranger en aucune façon le cours régulier de la vie normale de la femme, jusqu'à ce qu'une cause d'exaltation, comme l'accouchement ou l'avortement, vienne faire éclater la flamme dans un feu qui couvait depuis longtemps. Nul mieux que Julien (1)

(1) Julien. — *loc. cit.*

et Verchère (1) n'a fait ressortir le lien intime qui existe entre la blennorrhagie chronique de l'homme et celle de la femme ; ce sont deux auteurs qui ont bien montré la complicité du délit et la responsabilité morale et légale de l'homme dans l'infection blennorrhagique de la femme.

Diagnostic. — La métrite cervicale gonococcique n'est point grave en elle-même ; ce sont surtout les complications qu'elle mène à sa suite qui ruinent complètement la santé de tant de jeunes femmes, et cela d'autant plus aisément qu'elles ont le temps d'évoluer sous le voile d'innocuité apparente des phénomènes morbides. C'est pourquoi cette affection exige, de la part de chaque médecin, une étude bien conduite, une attention sérieuse pour arriver à dépister le mal et y remédier.

La virulence du catarrhe du col était, en fait, autrefois le point dominant pour le diagnostic de la blennorrhagie utérine et aujourd'hui encore, malgré la découverte de gonocoque, nombreux sont ceux qui persistent à attacher une plus grande importance diagnostique à la symptomatologie et à l'évolution clinique qu'aux renseignements fournis par l'examen bactériologique des sécrétions morbides. Verchère (2) se contente, pour assurer son diagnostic, de constater l'*ante* ou la *rétroversion* utérine très fréquentes d'après lui, au cours de la blennorrhagie de la femme.

En Allemagne, au même point de vue diagnostique, deux opinions absolument opposées l'une à l'autre, ont tout d'abord régné. Pendant que d'un côté Neisser émettait l'aphorisme « que l'examen bactériologique positif seul

(1) Verchère — V. II, p. 13, *loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*, P. 38, v. II.

pouvait permettre de diagnostiquer la blennorrhagie chronique de la femme », d'un autre côté Sænger, Schiller, Brœse (1) soutenaient contre lui, que, vu la difficulté de la recherche du gonocoque dans la sécrétion catarrhale du col, l'examen bactériologique devait céder le pas aux renseignements cliniques dans le diagnostic de la maladie. Cette question a fait le sujet de discussion à la *Société Médicale Berlinoise* en 1891, où Behrand a déclaré qu'il était inutile de se baser sur la présence ou l'absence du gonocoque dans l'écoulement génital des prostituées pour accorder leur sortie de l'hôpital ; pour lui les signes physiques et fonctionnels suffisent pour attester la guérison de l'affection. *Au Congrès International de Moscou* de la même année, Orlow contestait aussi la valeur diagnostique de l'examen bactériologique de la blennorrhagie utérine. Deux ans auparavant Kapytowski (2) énonçait les résultats des examens microscopiques des produits de sécrétion du col de 163 prostituées, en apparence guéries et prêtes à sortir ; dans plus de 8 °/₀ des cas il a trouvé le gonocoque en plus ou moins grand nombre et 41 °/₀ d'autres bactéries secondaires.

Le même auteur expose dans le même journal, l'année suivante, le résultat d'autres recherches portant sur 300 femmes blennorrhagiques, examinées aussitôt après leur entrée dans son service : sur 100 cas il a trouvé le gonocoque 60 fois dans l'urèthre, 28 fois dans la glande de Bartholin, 3 fois dans le col, cette dernière proportion

(1) Brœse. — *Berliner kl. Wochenschrift*, 1893, nos 26-29.
(2) *Kronika Lekarska*, 1895, n° 3.

montait à 10 °/₀ au moment de la menstruation. Schultz (1) après l'examen bactériologique de 174 cas où il a trouvé chaque fois le gonocoque dans l'urèthre et le col, conclut à l'utilité de la recherche microbienne, au point de vue diagnostique. Iohann Reichel (2) sur 320 prostituées, amenée par la police, a trouvé 52 fois la blennorrhagie du col de l'utérus combinée avec l'infection des organes voisins de la façon suivante : 1° 8 fois blennorrhagie du col exclusivement ; 2° 1 fois blennorrhagie du col avec 21 bartholinites de même nature ; 3° 32 fois blennorrhagie du col avec 103 uréthrites ; 4° 10 fois blennorrhagie du col avec bartholinite et 20 fois uréthrite.

De ces recherches contradictoires et de l'incertitude relative où nous laissent les résultats obtenus, nous croyons qu'il est possible de retenir les faits suivants sur la réalité desquels tous les auteurs semblent aujourd'hui d'accord : 1° le col est rarement infecté seul par le gonocoque, sans que primitivement ou secondairement ce même microbe ne soit allé infecter l'urèthre, la glande de Bartholin ou quelques-unes des nombreuses invaginations glandulaires des petites lèvres ; 2° la chronicité de l'infection est caractérisée par les propriétés biologiques des gonocoques : d'aller se cantonner profondément dans les tissus, de diminuer vite en nombre dans l'écoulement muco-purulent et d'y être remplacés par une foule de saprophytes auquels il a préparé un terrain de culture très propice.

Le premier de ces points est suffisamment expliqué par ce que nous avons dit jusqu'ici. Le second est basé sur un

(1) Schultz. — *Archiv für Dermatologie*, 1836, p. 199.

(2) Reichel. — *Ueber cervicalgonnorrhee ;* Inaug. dissert. Strasbourg, 1897.

nombre considérable de travaux sur le rôle pathogénique et les propriétés biologiqnes du gonocoque.

Les recherches de Bouchet (1) après celles de Gerheim et Bumm, viennent apporter une preuve de plus à ce sujet. L'auteur a examiné des métrites aiguës et chroniques, hors de la gestation, et des métrites post partum et post abortum ; les cultures et les examens microscopiques qu'il a fait lui ont donné le gonocoque dans la plupart des cas. Il a remarqué que plus l'affection est ancienne, plus le gonocoque diminue en nombre et s'associe à d'autres microbes ; cette association est, en quelque sorte, périodique : au début de la maladie, cet auteur a trouvé le gonocoque seul, vers le milieu associé au staphylocoque, vers la fin de l'affection il cède complètement la place à ce dernier microbe.

Nous avons pu nous-même nous assurer dans la réalité de ce fait, par l'examen des sécrétions génitales chez les animaux que nous avons rendu expérimentalement blennorrhagiques. Le résumé de nos expériences se trouve relaté dans notre chapitre d'anatomie pathologique.

Si le diagnostic de la blennorrhagie cervicale chronique est difficile à faire par la seule présence du gonocoque dans l'écoulement purulent ; si, d'autre part, les symptômes cliniques ne suffisent pas par eux seuls pour formuler ce diagnostic, il ne faudrait pas, pour cela, être exclusiviste pour l'un ou l'autre de ces deux moyens de diagnostic En faisant jouer une part prépondérante à la bactériologie et s'appuyant sur la clinique, le praticien a beaucoup de

(1) Du Bouchet. — Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines, *Thèse de Paris*, 1897.

chances d'arriver à faire un diagnostic raisonné. Chaque fois qu'on ne trouve pas le gonocoque dans le muco-pus du col, on doit s'adresser à l'urèthre qui est le second point de refuge pour ce microorganisme, et avec un grand nombre de préparations microscopiques de l'écoulement de ces deux organes, il est rare qu'on n'arrive pas à déceler le microbe spécifique. Dans le cas contraire, il faut préciser l'analyse des symptômes morbides dans le passé et le présent de la femme et surtout savoir bien interpréter les circonstances dans lesquelles la maladie a vécu et vit encore. C'est de cette façon seulement, comme Jullien l'a bien démontré, qu'on arrive à faire avouer à une femme de conduite suspecte, des rapports sexuels cachés et constater la goutte purulente à l'urèthre si le col a conservé l'apparence saine. S'il s'agit d'une femme mariée, l'interrogatoire du mari met toujours le médecin sur la piste du diagnostic d'une affection blennorrhagique conjugale.

CHAPITRE IV

Fréquence, conséquences et prophylaxie.

La blennorrhagie utérine est une maladie excessivement répandue dans tous les rangs de la société, dans la classe aisée aussi bien que dans la classe ouvrière. Depuis Nœgheratt, plusieurs auteurs viennent, chiffres en mains, nous prouver ce fait : Bumm, sur 53 cas de femmes blennorrhagiques, évalue à 75 % la fréquence de la blennorrhagie du col ; sur un nombre de 126 cas de blennorrhagie, Neisser trouve 43 fois le col infecté seul et 34 fois la maladie siège à la fois dans ce dernier organe et dans l'urèthre ; Winckel, *au congrès de gynécologie tenu à Vienne au mois de juin 1895*, prétend que 36 % des femmes sont atteintes de blennorrhagie utérine ; Schultz, de son côté, croit que le col est pris dans 79 % des cas de blennorrhagie utérine. D'après Sænger et Schwartz, la gonorrhée existerait chez 12 % des femmes venant consulter les gynécologistes.

Ces statistiques se rapportent, pour la plupart, à des

prostituées, et elles seraient, croyons-nous, bien plus élevées si on parvenait à connaître la fréquence de la blennorrhagie cervicale chez les femmes mariées.

De la cavité du col, la blennorrhagie peut se propager au corps et aux annexes de l'utérus, à l'occasion d'une exploration intempestive, irritation trop forte, introduction d'une sonde ou plus fréquemment à la suite d'un avortement ou d'un accouchement. Hartmann et Morax, sur 13 cas de blennorrhagie généralisée à tout l'utérus et à ses annexes, ont constaté que dix fois cette maladie est survenue chez des femmes ayant plusieurs fois accouché ou avorté, trois fois seulement chez les multipares. Quand l'infection gonococcique a envahi l'utérus avec ses dépendances, le péritoine du petit bassin y échappe rarement. Le riche plexus sympathique péri-utérin de la femme, qui normalement a une grande influence sur toutes les fonctions organiques, est englobé dans les fausses membranes de la pelvipéritonite, d'où la santé générale de la femme devient très compromise. La malade maigrit de plus en plus, se cachectise, et son état pourrait faire croire à l'existence d'un cancer utérin ou à une cachexie tuberculeuse.

Une conséquence non moins fâcheuse pour la femme, est *la stérilité*. De Sinety (1) a fait de cette question une étude approfondie. La muqueuse utérine étant atrophiée par l'infection gonococcique et la cavité utérine dilatée, la fixation de l'ovule devient impossible. L'altération des couches constitutives de la paroi utérine, la périmétrite, la pelvipéritonite, l'inflammation de la trompe, fixent anormalement l'utérus et oblitèrent le pavillon de la trompe.

(1) De Sinety. — *De la stérilité chez la femme*, p. 65-100, Paris, 1892.

L'ovaire, ainsi éloigné de ses rapports physiologiques, s'il n'est pas touché lui-même par l'infection, n'arrive plus à remplir son rôle dans la reproduction. Si, cependant une grossesse survient, malgré les altérations pathologiques, les adhérences peuvent céder petit à petit sous l'influence du développement de l'utérus gravide ; mais, au contraire, la libre expansion se trouvant empêchée, les membranes de l'œuf peuvent se rompre et un avortement en résulter.

La métrite blennorrhagique du col a des conséquences différentes au point de vue de la possibilité de la conception, suivant qu'il s'agit de primipare ou de multipare. Dans le premier cas, l'imprégnation est souvent rendue impossible par les très notables altérations des tissus du col ; chez la multipare, elle n'est nullement entravée si la lumière du col n'est pas oblitérée par les productions morbides : fongosités ou kystes glandulaires.

Nos recherches anatomo-pathologiques viennent confirmer, pour l'un ou l'autre de ces cas, que le col est non seulement inapte à remplir son rôle, mais en plus de cela, avec ses foyers inflammatoires profonds, expose, à tout instant, la femme à une infection générale.

En présence de cet état de choses, c'est un devoir pour tout médecin de bien connaître les méfaits du gonocoque, d'en rechercher, dans la mesure de son possible, les moyens prophylactiques ou curatifs. Pour attaquer la cause première du mal, atteindre, en d'autres termes, le mal dans sa source, il faut réagir contre la vie de débauche et les mœurs relâchées de la société d'aujourd'hui.

Le libertinage et l'extension incessante de la prostitu-

tion dans toutes ses formes ; le luxe et la misère, arrivés aujourd'hui à leur apogée, sont autant de causes de la grande fréquence de la blennorrhagie.

Aussi la ligne de conduite de tout médecin qui voudra agir utilement, doit être surtout réformatrice, sans toutefois dépasser le cadre de l'art médical.

La prophylaxie des maladies vénériennes a sérieusement attiré l'attention, ces derniers temps ; il en est résulté la *Conférence internationale, tenue à Bruxelles du 4 au 8 septembre 1899,* où Neisser et beaucoup d'autres reconnaissent qu'après la rougeole, la gonorrhée est la maladie la plus répandue. Dans l'armée, 15 à 32 % des soldats, parmi les étudiants de Breslau, 86,7 % sont atteints de la blennorrhagie. Comme la syphilis, la blennorrhagie constitue un danger social ; elle frappe souvent l'innocent : les maris infectent leurs femmes, les parents contaminent leurs enfants.

La question qui a particulièrement occupé le Congrès, c'est le rôle qui s'impose au médecin pour l'amélioration d'une telle situation ; mais une grande divergence d'opinion n'a permis d'aboutir à aucune résolution sur ce sujet. Pour Neisser, il serait bien plus indispensable d'apprendre au public le danger et la signification des maladies vénériennes, que d'avoir recours à des prescriptions légales ou administratives. Relever le niveau moral de la population par un moyen quelconque, la renseigner sur le danger que la blennorrhagie présente pour la famille, serait, pour Lesser, de Berlin, un des moyens prophylactiques. Hutchinson, de son côté, émet l'opinion que faciliter l'admission du pauvre dans les hôpitaux et aug-

menter les connaissances des médecins en vénéréologie, serait des moyens utiles.

Toutes ces questions, discutées au Congrès, sont vraiment d'une grande importance, mais, aboutir à les résoudre positivement est, malheureusement, une chose plus ou moins réalisable dans les conditions actuelles.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Quelle thérapeutique opposer à une maladie qui a de si fâcheuses conséquences pour la vie de la femme et la procréation ? C'est un problème qui ne date pas d'hier ; aussi, les moyens préconisés contre l'inflammation chronique de la muqueuse cervicale sont tellement nombreux qu'il est aujourd'hui impossible à un médecin de se retrouver au milieu de l'arsenal de médicaments antimétritiques, plus ou moins actifs.

De tout temps on a divisé le traitement de la métrite cervicale en *général* et *local ;* général plus que local jusqu'à l'époque où la conception humorale de la métrite a dû céder la place à la théorie inflammatoire microbienne de l'endométrium, cause réelle de la maladie.

Pour arriver à exposer la marche de la thérapeutique de la métrite du col, en ne considérant que la forme chronique, nous énumérerons, en abrégeant le plus possible, les premiers agents employés contre cette affection, c'est-à-dire le traitement médical local, puis nous suivrons les diverses formes et l'évolution du traitement chirurgical et

nous chercherons à justifier un traitement rationnel de cette maladie.

Médication locale de la métrite cervicale chronique. — De tous les agents médicamenteux essayés contre l'inflammation chronique de la muqueuse cervicale, ce sont *les caustiques* qui tiennent le premier rang. Aran, Canquoin se servaient déjà de la pâte au chlorure de zinc pour la destruction des tumeurs, des excroissances de toute nature de la matrice. Bennet (1) est un de ceux qui ont le plus vanté les bons résultats des caustiques dans la métrite chronique, entr'autres la potasse unie à la chaux, en applications locales au niveau du col. Tous ces auteurs, et ceux qui les ont suivis dans cette voie thérapeutique, avaient remarqué le rétrécissement de la lumière du col (Nouat et Courty), les pelvi-péritonites consécutives à l'application au niveau du col des divers caustiques : (*pâte de Filhos, pâte de Vienne, crayon de nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, etc.* (Bernutz et Goupil). C'est alors qu'on a eu recours aux mêmes substances, mais employées en solutions dans de l'eau simple ou de la glycérine et avec lesquelles on badigeonnait la muqueuse malade ou que l'on injectait dans les cavités, formules qui sont employées, d'ailleurs, encore de nos jours. Ces injections intra-utérines des substances styptiques caustiques, délaissées à cause des accidents qu'ils occasionnaient à l'époque où la technique opératoire était très défectueuse, ont été réhabilitées, en France, par A. Guérin, puis soutenues par Poullet (2) pour qui le crayon de nitrate d'argent dans la blennorrhagie du col (0,10 cen-

(1) Bennet. — *Inflammation de l'utérus*, 1864, p. 310.
(2) Poullet. — *Loco citato*, p. 251.

tigrammes de la même substance pour 30 grammes d'eau, ou chlorure de zinc 0,40 centigrammes pour 30 grammes d'eau en injections intra-utérines et en instituant concurremment un traitement reconstituant) était le seul moyen radical pour guérir la blennorrhagie utérine.

Plus récemment Reinstedter et Broese, en Allemagne, Dumontpallier et Polaillon, en France, sont restés les seuls pour soutenir l'emploi des caustiques en thérapeutique gynécologique. Par contre, de nombreux auteurs combattent ce mode de traitement et Doléris en particulier à l'Académie de Médecine, le 15 avril 1890, dans de fortes argumentations, porte le dernier coup à cette médication. Si quelques-unes de ces substances sont encore employées aujourd'hui, c'est uniquement à cause de leurs énergiques propriétés antiseptiques ; et c'est surtout comme complément dans le traitement chirurgical qu'on les utilise.

Dès que la nature gonococcique de la plupart de ces infections chroniques de l'endométrium fut connue, les agents chimiques spécifiques ont beaucoup augmenté en nombre. Chaque praticien emploie l'antiseptique qui lui semble le meilleur, sous la forme et le mode d'emploi qu'il juge plus pratique.

Cette surabondance de médicaments aussi peu curatifs les uns que les autres est due, en grande partie, dans le cas particulier, comme d'une façon générale d'ailleurs, aux regrettables envahissements de la spéculation dans le domaine scientifique et humanitaire de la thérapeutique.

Pour ce motif il serait superflu, croyons-nous, d'énumérer ici toute la série des substances thérapeutiques qu'on employait et que l'on continue d'employer encore actuellement. Mais disons toutefois, que ces agents se divisent

en *caustiques*, *astringents*, et *désinfectants simples* figurant sous une des formes suivantes : *liquide*, *solide*, *poudre* ou *pommade*, employées toutes avec un des modes du traitement chirurgical, plus rarement isolément. Si beaucoup d'auteurs pensent que le *curettage* et la *dilatation* du col peuvent à eux seuls mettre fin au catarrhe de cet organe, d'autres, non seulement, les font précéder de grands lavages intra-utérins antiseptiques, mais encore les font suivre de l'application de topiques divers : *teinture d'iode*, *chlorure de zinc au 1/10*, *acide phénique concentré*, *acide azotique étendu*, *perchlorure de fer* (solution officinale); n'oublions pas, toutefois, de mentionner les antiseptiques *diffusibles* qui ont la propriété d'être microbicides sans nuire à la vitalité des éléments anatomiques et d'aller loin dans les tissus sans aucunement troubler leurs fonctions organiques, telles sont par exemple : la glycérine neutre, la glycérine créosotée au 1/10, préconisée par Doléris, émulsion glycérinée d'Airol, employée par Paul Delbet, l'Ichtyol introduit dans le traitement de la métrite blennorrhagique par Ettore Truzzi de Parme, la glycérine iodoformée, les topiques à base d'essences aromatiques, etc. L'essence de wintergréen, en particulier, a fait l'objet de la communication de Juin à la *Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris*, 11 novembre 1897.

La longue pratique confirme tous les jours l'inefficacité du traitement médical contre les lésions si profondes que le gonocoque réalise dans les tissus du col. L'emploi des caustiques ou de toute la série des antiseptiques topiques préconisés est plutôt dangereux qu'utile.

Les caustiques, en particulier, ne peuvent avoir d'autres résultats que de détruire, à l'aveugle, la muqueuse cervi-

cale (barrière normale contre la pénétration des microbes), que de provoquer un grand appel de leucocytes et d'exciter, d'autre part, les tissus conjonctifs à proliférer. L'esquarre qui se forme ainsi à la surface de la muqueuse empêche l'expulsion au dehors des produits morbides ; après la chute de l'esquarre, si une infection ne s'en suit pas, la plaie bourgeonne, se cicatrise, obture les orifices glandulaires et, à la longue, provoque le rétrécissement de la lumière du col. La muqueuse aussi détruite ne se régénère pas ; les glandes obstruées se dilatent et peuvent devenir, plus tard, le lieu de nouvelles productions pathogènes. Tout ceci n'est point, comme on le voit, au profit de la guérison.

Le col est atteint par l'agent microbien dans toute son épaisseur ; des foyers inflammatoires persistent au milieu de ses tissus. La suppression d'une portion de la muqueuse, en respectant le reste de l'organe malade, n'a d'autres effets que de suspendre pour quelque temps la maladie, dans l'attente d'une exacerbation ultérieure. L'entrave à la fécondation par la sténose possible du col, la dysménorrhée, la ménorrhée douloureuse, l'hémato-salpynx ont été observés à la suite d'application des caustiques au niveau du col (Routier, Pozzi et Second).

Les topiques, les antiseptiques non caustiques sont encore moins efficaces. Employés sous toutes leurs formes, ils ne peuvent constituer à eux seuls un traitement contre le gonocoque car ils effleurent à peine la surface muqueuse, sans pouvoir agir efficacement sur le tissu cervical profondément atteint. A propos de la profonde lésion glandulaire, Bouilly s'exprime ainsi : « Par le traitement médical on ne

fait que toucher le goulot de la bouteille sans atteindre le fond. »

On doit se convaincre que l'avenir de la gynécologie est surtout dans la chirurgie. L'entretien de la fonction lorsqu'elle est intacte, sa restauration lorsqu'elle est compromise doivent être le but du praticien.

Traitement chirurgical. — Le curettage dès son début a été le premier moyen employé contre la métrite chronique du col et du corps. Ce traitement remonte à la découverte de la curette par Récamier.

Les accidents que le curettage occasionnait à l'époque où on ne connaissait pas l'antisepsie, n'ont pas toujours fait défaut depuis, même avec l'asepsie la plus rigoureuse. La métrite blennorrhagique est précisément celle qu'on a jusqu'à présent vu être la cause des accidents d'infection généralisée. A l'occasion du traumatisme que le curettage produit sur le col, le gonocoque peut passer dans la circulation et se disséminer dans tout l'organisme. Fié (1) a étudié un de ces accidents, le rhumatisme articulaire, survenant à la suite du curettage.

Il nous est facile aujourd'hui d'expliquer le mécanisme de ce transport à distance du gonocoque et les conditions propices à sa production. Aussi presque tous les gynécologistes, aujourd'hui, Auvard (2) en particulier, se gardent d'intervenir par le curettage ou autre procédé du même, dans la métrite blennorrhagique, surtout dans sa forme *aiguë* ou à une des périodes d'exaltation de la forme chronique.

(1) Fié. — Sur une des complications rares du curettage. *Thèse de Paris*, 1896.

(2) Auvard. — *Médecine moderne*, 26 juin 1895.

Le curettage, cependant, donne de bons résultats dans le traitement des métrites à infections banales, post partum ou post abortum et principalement dans leur forme hémorrhagique. Mais il reste à côté le grand nombre des métrites occasionnées par le gonocoque où la curette aura peu d'action en raison, comme nous l'avons constaté, de la profondeur de la lésion.

Pour atteindre plus sûrement le mal, on a proposé d'avoir recours à une curette plus tranchante (Trélat), de dilater le col au préalable, de faire une antisepsie pré et post-opératoire sévère. Et cependant on n'est pas arrivé à entraver le catarrhe incessant de la gonorrhée cervicale.

Dans la discussion qui a eu lieu à la *Société de chirurgie de Paris, 19 février 1890*, Bouilly, Trélat, Richelot reconnaissent l'inefficacité du curettage dans la métrite blennorrhagique cervicale à écoulement visqueux adhérent; ils sont d'avis, que quand aux cours de cette affection le col devient gros et que les glandes sont profondément atteintes, *le curettage joint à l'opération de Schræder est d'une utilité réelle.*

Inspiré de cette idée, nous avons consulté les observations de toutes les femmes blennorrhagiques qui se sont présentées à la Maison de Secours de Nancy pendant une période de 3 ans et demi, depuis la seconde moitié de 1895 jusqu'à 1899. Pendant ce laps de temps, 352 femmes sont entrées atteintes différemment suivant les cas : d'urétbrite, vaginite, bartholinite, métrite blennorrhagiques. Toutes les femmes à métrite blennorrhagique étaient soumises immédiatement après leur entrée à un traitement médical antiseptique, prolongé pendant un temps assez long. Les antiseptiques employés au service étaient :

sublimé, permanganate de potasse, airol, iodoforme, ichtyol, nitrate d'argent, teinture d'iode, etc.

Le curettage, le hersage qu'on a employés dans le but de mettre fin à cet écoulement visqueux adhérent du col n'ont pu que procurer aux malades une guérison peu durable.

C'est dans ces conditions d'inefficacité thérapeutique que M. le professeur agrégé Février se décidait à intervenir par l'opération de Schrœder qu'il faisait toujours précéder par un curettage et suivre par une injection de teinture d'iode ou autre antiseptique. Au bout de trois semaines en moyenne, là femme voyant cesser son catarrhe cervical quittait le service.

Voici en résumé des observations de femmes ayant subi l'opération de Schrœder, mais dont les pièces n'ont pas été soumises à l'examen microscopique.

OBSERVATION I

Hélène F..., 21 ans, bonne de café.

Entrée le 21 juin 1897. A accouché il y a 3 mois. Atteinte d'urétbrite, vaginite avec bartholinite et métrite cervicale blennorrhagiques ; le col est déchiré et saignant, il s'en écoule un pus épais, jaunâtre.

Les injections intra-utérines n'ont donné aucune amélioration. Opération de Schrœder le 5 octobre ; la malade est sortie guérie le 27 du même mois.

OBSERVATION II

Victorine G..., 17 ans, ouvrière en chaussures.

Entrée le 25 février 1898. Réglée à 14 ans, régulièrement. Urétbrite, vulvite, métrite cervicale blennorrhagiques. Les injections intra-utérines n'ont donné aucun résultat. Opération de Schrœder le 16 mai ; la malade est sortie guérie le 1er juin 1898.

OBSERVATION III

Hélène P..., 18 ans, prostituée.

Entrée le 7 décembre 1896. Réglée à 15 ans, régulièrement. Avait été traitée déjà pour une vaginite. Diagnostic : métrite, vulvite avec folliculite, vaginite et métrite cervicale blennorrhagiques, pus verdâtre

Curettage, tampons glycérinés, injections permanganatées, second curettage, n'ont amené aucune amélioration. Opération de Schrœder, le 27 mars 1898, la malade est sortie guérie le 14 avril 1898.

OBSERVATION IV

Marie K..., 20 ans.

Entrée le 10 août 1895, réglée régulièrement. Métrite cervicale très intense. Curettage et injections d'airol sans aucun résultat. Opération de Schrœder le 15 août 1896 ; la malade sort guérie le 10 septembre 1896.

OBSERVATION V

Herbolot, 18 ans, prostituée.

Entrée le 5 novembre 1897. Réglée à 15 ans, régulièrement. Spécificité, métrite cervicale, pus verdâtre. Opération de Schrœder le 22 juillet 1898 ; la malade sort guérie le 1er septembre de la même année.

OBSERVATION VI

Eugénie T..., 26 ans, prostituée.

Entrée le 14 janvier 1897. Réglée à 17 ans, régulièrement. A eu un enfant il y a 3 ans. Lésions spécifiques ; uréthrite et métrite cervicale. Opération de Schrœder le 24 août 1897 ; la malade est partie guérie le 20 septembre 1897.

OBSERVATION VII

M... Louise, 23 ans, brodeuse.

Entrée le 16 mars 1897. Réglée à 16 ans, régulièrement. Spécificité, vaginite et métrite cervicale blennorrhagique. Injections intra-utérines sans résultat. Opération de Schrœder le 1er septembre 1897. La malade est sortie guérie vers le 20 du même mois.

OBSERVATION VIII

Rosalie D..., 24 ans, prostituée.

Entrée le 12 avril 1897. Réglée à 13 ans, régulièrement. Végétations spécifiques, vaginite, métrite cervicale blennorrhagiques. Injections intra-utérines sans résultat. Opération de Schrœder le 24 août ; la malade sort guérie le 27 septembre 1897.

OBSERVATION IX

Victorine C..., 19 ans, bonne de café.

Entrée le 19 novembre 1897. A eu un enfant au mois de janvier. Métrite cervicale blennorrhagique. Opération de Schrœder qui a amené la guérison. La malade est sortie quelque temps après.

OBSERVATION X

Jeanne R..., 21 ans, domestique.

Entrée le 18 octobre 1897. Uréthrite, vaginite, métrite cervicale blennorrhagiques. Traitement médical sans résultat. Opération de Schrœder le 21 juin 1898 ; la malade sort guérie un mois après l'opération.

OBSERVATION XI

Emma L..., 32 ans, prostituée.

Entrée le 10 janvier 1897. Réglée à 16 ans, régulièrement. Syphilis, uréthrite, vaginite et métrite cervicale blennorrhagiques.

Injections intra-utérines sans résultat. Opération de Schrœder le 8 août 1897 ; la malade sort guérie le 23 du même mois.

OBSERVATION XII

Alodie K..., 25 ans, journalière.

Entrée le 13 juin 1896. Réglée à 15 ans, régulièrement. Erosions spécifiques sur les grandes et petites lèvres ; vulvite, vaginite et métrite cervicale blennorrhagiques ; col déchiré transversalement. Injections intra-utérines sans aucun résultat. Opération de Schrœder le 20 juillet 1897 ; la malade part guérie le 23 août 1897.

OBSERVATION XIII

Marie G..., 23 ans, dans la filature.

Entrée le 5 septembre 1896. Réglée à 14 ans, régulièrement. Syphilis, vaginite et métrite blennorrhagiques. Traitement médical sans résultat. Opération de Schrœder le 17 février 1897; la malade sort guérie le 10 mars 1897.

OBSERVATION XIV

Angèle P..., 27 ans, domestique.

Entrée le 1er août 1896. Réglée à 13 ans, régulièrement. Syphilis, vaginite et métrite blennorrhagiques. Opération de Schrœder le 18 novembre ; la malade est partie guérie 3 semaines après.

OBSERVATION XV

Pauline M..., 21 ans, lingère.

Entrée le 11 décembre 1896. Réglée à 14 ans, régulièrement. Végétations à la vulve ; uréthrite, métrite cervicale avec ectropion de la muqueuse cervicale. Injections intra-utérines sans résultat. Opération de Schrœder le 25 août 1897. Sortie guérie peu de temps après.

OBSERVATION XVI

Marie H.. , 20 ans, journalière.

Entrée le 14 janvier 1897. Réglée à 13 ans, régulièrement. A un enfant de 4 ans. Métrite, vaginite, col déchiré. Injections intra-utérines, aucune amélioration. Opération de Schrœder le 24 août 1897; la malade est partie guérie le 16 septembre 1897.

OBSERVATION XVII

Alice V..., 22 ans.

Entrée le 23 mars 1896. Réglée à 14 ans, régulièrement. Recto-cèle et cystocèle. Spécificité, vaginite et métrite blennorrhagiques. Injections de thymol, pas de guérison. Opération de Schrœder le 22 mars 1897. On a opéré aussi son prolapsus. La malade est partie guérie.

OBSERVATION XVIII

Marguerite M..., 18 ans, ouvrière en chaussures.

Entrée le 6 novembre 1896. Réglée à 14 ans, régulièrement. Syphilis secondaire. Uréthrite, cystite, vulvite et vaginite, métrite. Instillations au nitrate d'argent et injections intra-utérines. Opération de Schrœder le 1er septembre 1897 ; la malade est partie guérie peu de temps après.

OBSERVATION XIX

Marie D..., 23 ans, jonrnalière.

Entrée au service le 25 janvier 1898. Réglée à 15 ans, régulièrement. Syphilis, métrite blennorrhagique bien prononcée. Opération de Schrœder le 20 août 1898. Partie un mois après et tout à fait rétablie.

OBSERVATION XX

Louise B..., 35 ans, domestique.

Entrée le 3 février 1898. Réglée à 17 ans, régulièrement. Métrite cervicale. Opération de Schrœder le 22 juillet 1898 ; la malade sort guérie le 27 octobre 1898.

OBSERVATION XXI

Marthe B..., 23 ans, chapelière.

Entrée le 5 mai 1898. Réglée à 15 ans, régulièrement. Vaginite et métrite blennorrhagiques. Opérée de Schrœder le 12 septembre 1898 ; partie guérie le 27 octobre de la même année.

OBSERVATION XXII

Anna D..., 15 ans, couturière.

Entrée le 21 février 1898. Réglée à 13 ans, régulièrement. A eu deux fausses-couches de 4 mois. Uréthrite, métrite blennorrhagiques. Instillations au nitrate d'argent, bleu de méthylène. Curettage le 16 avril 1898 qui n'a pas soulagé la malade. Opération de Schrœder le 20 août de la même année. Sort guérie le 29 septembre 1898.

OBSERVATION XXIII

Clémence B..., 21 ans, tisseuse.

Entrée le 7 janvier 1897. Réglée à 15 ans, régulièrement. Syphilis, uréthrite, vaginite, métrite blennorrhagiques. Injections intra-utérines ; curettage le 6 novembre 1897, pas de résultat. Opération de Schrœder le 1er mars 1898 ; la malade sort guérie le 30 mars de la même année.

OBSERVATION XXIV

Germaine B..., 24 ans, repasseuse.

Entrée le 20 mai 1897. Réglée à 11 ans, régulièrement. Syphilis, uréthrite, métrite cervicale blennorrhagiques. Opération de Schrœder le 26 août 1897 ; sort guérie le 20 mai 1898.

OBSERVATION XXV

Pinet H..., 18 ans, prostituée.

Entrée le 7 décembre 1896. Réglée à 15 ans, régulièrement. Métrite cervicale blennorrhagique. Traitement médical, deux curettages et hersage sans succès. Opération de Schrœder le 27 mars 1898 ; la malade sort guérie le 14 avril de la même année.

Quel est le mécanisme de la guérison ? L'influence heureuse que l'amputation du col produit sur l'utérus malade, a été depuis longtemps remarquée ; l'utérus, augmenté de volume au cours de la métrite, subit une involution, diminue de volume et reprend son aspect normal. Albert Martin (1) explique ce fait en disant qu'il se produit à la suite de l'opération un *réflexe vaso-moteur* qui serait pour beaucoup dans la régression normale de l'utérus.

Sans vouloir discuter cette opinion, nous pensons, pour notre part, que l'opération de Schrœder supprime purement et simplement une portion du col qui est le siège d'inflammation latente et fait ainsi disparaître la cause d'un danger permanent.

Mais une des objections qu'on fait actuellement à cette opération, c'est qu'elle produit une sténose du col et qu'elle

(1) Martin. — *Normandie médicale*, 15 janvier 1898,

a une mauvaise influence sur la marche et l'évolution de la grossesse. Cette question n'est pas encore positivement résolue. Audebert (1) a publié récemment les suites opératoires de 22 femmes où il trouve : 1° possibilité moindre à la conception ; 2° en cas de grossesse, avortement ou accouchement prématurés ; 3° accouchement difficile par suite de la sténose du col. *La Torré* a publié, par contre, 4 observations de femmes ayant subi l'opération de Schrœder et qui ont eu ensuite 6 grossesses sans aucun trouble pendant la gestation et l'accouchement. Quelques années auparavant, Cancé (2) et Mlle Podobedoff(3), avaient étudié la même question. Le premier de ces auteurs a pu suivre, pendant 2 à 3 ans, 29 opérées du service de Jenel, de Toulouse ; il en conclut que l'opération de Schrœder n'entrave aucunement la grossesse.

En somme, la plupart des auteurs sont d'accord à dire que si l'opération de Schrœder est bien faite et la plaie opératoire cicatrisée sans suppurer, tous les accidents qu'on lui attribue ne doivent pas exister.

Nous ne voulons pas discuter cette question qui est encore à l'étude, mais nous dirons toutefois que tous ces inconvénients, attribués à l'opération, menacent beaucoup moins la vie de la femme que l'affection elle-même. Pour terminer, nous résumerons le traitement de la métrite cervicale blennorrhagique en disant que dans la forme aiguë et les périodes d'exacerbation de la forme chronique, il faut,

(1) Audebert. — *Annales de gynécologie*, janvier 1898, p. 20.

(2) Cancé. — Résultats éloignés de l'opération de Schrœder, *Thèse de Toulouse*, 1896.

(3) Mlle Podobedoff. — Contributions à l'étude des résultats éloignés de l'opération de Schrœder, *Thèse de Paris*, 1895.

de toute façon, éviter de traumatiser le col, se borner simplement à appliquer des résolutifs locaux ; le repos au lit, accompagné d'une antisepsie des premières voies génitales, tous les moyens anodins en général, doivent être le traitement de choix. Pour la forme chronique à marche tranquille, celle qu'on observe habituellement, l'amputation du col par un des procédés enlevant le col suffisamment, telle que l'opération de Schrœder, devient nécessaire, vu la profondeur de la lésion.

CONCLUSIONS

I. — Le gonocoque, seul ou avec le concours d'autres microbes porte atteinte à toute la texture histologique du col de l'utérus et produit des lésions diffuses ou localisées suivant l'acuité du processus. Ces lésions se répartissent de la façon suivante :

1° Les lésions aiguës, très rarement observées, ont une tendance marquée à devenir rapidement subaiguës ou franchement chroniques.

Il n'existe aucun rapport absolu entre l'ancienneté de la maladie et l'intensité du processus inflammatoire.

2° L'inflammation subaiguë atteint le col d'une façon diffuse, mais elle y produit, cependant, des lésions plus limitées consistant en : infiltration embryonnaire *péryglandulaire* et *périvasculaire*.

3° L'inflammation franchement chronique est caractérisée par une sclérose excessive à la fois de la musculeuse et du chorion, et par la persistance des foyers inflammatoires localisés d'une part autour des glandes et d'autre part autour des vaisseaux même profondément situés.

Dans cette forme l'épithélium pavimenteux du col s'étend très profondément dans la cavité cervicale, où il se substitue à l'épithélium cylindrique normal ; dans quelques cas il subit la transformation cornée.

4° Quel que soit le type des lésions anatomiques, l'inflammation se montre, quoique avec des caractères différents, dans toute l'épaisseur du col. La métrite cervicale blennorrhagique est à la fois *glandulaire et interstitielle.*

II. — 1° La métrite cervicale blennorrhagique est caractérisée cliniquement par sa marche chronique d'emblée et un seul symptôme saillant, l'écoulement catarrhal purulent, très adhérent et de teinte variable, suivant sa consistance en éléments cellulaires.

2° Cette affection peut, néanmoins, débuter chez les jeunes filles et les prostituées, en particulier, par quelques symptômes aigus, mais de peu de durée.

3° L'inoculation du pus blennorrhagique, provenant de l'uréthrite chronique de l'homme, plus rarement de l'uréthrite aiguë, est la cause la plus fréquente de la maladie.

4° La métrite cervicale blennorrhagique, longtemps persistante, rebelle à tout traitement médical même, ou curettage, peut, à la longue et à la moindre occasion de congestion du petit bassin, non seulement infecter l'utérus et ses annexes, mais encore constituer le point de départ d'une infection générale.

III. — 1° Cette affection disparaît, en règle générale, trois semaines après l'opération de Schrœder.

2° En raison d'une part des lésions profondes de la métrite cervicale chronique blennorrhagique et du danger qu'elles constituent pour la santé de la femme, d'autre part, en raison

des bons résultats thérapeutiques que donne une opération chirurgicale suffisante, telle que l'opération de Schrœder, nous croyons que, d'une façon générale, une intervention de ce genre est à conseiller.

Vu :
Le 21 novembre 1899.
Le Président de la Thèse,
BARABAN.

Vu par le Doyen :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARAN. — *Leçons cliniques des maladies de l'utérus*, Paris, 1858.

AUBERT. — *Lyon médical*, 26 octobre 1884.

AUDRY. — *Gazette de Gynécologie*, juillet 1897.

AUDEBERT. — *Annales de Gynécologie*, janvier 1898.

AUVARD. — *Médecine moderne*, juin 1895.

BERNUTZ et GOUPIL. — *Clinique médicale des maladies de l'utérus*, 2 vol. Paris, 1866.

BOIVIN et DUGÈS. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2 vol. Paris, 1833.

BUMM. — *Archives fur Gynækologie*, 1884.

BOUILLY. — *Semaine médicale*, 1893.

BRŒSE. — Berlin. *Klin. Wochenschrift*, 1895.

DU BOUCHET. — Recherches bactériologiques sur quelques cas d'affections utérines. *Thèse de Paris*, 1897.

BENNET. — *Inflammation de l'utérus*, 1864.

BARABAN. — *Revue médicale de l'Est*, 1890.

COURTY. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, éd. III, 1880.

CHAMBELLAND. — *Thèse de Nancy*, 1892.

CANCÉ. — *Thèse de Toulouse*, 1896.

CORNIL. — *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites*, Paris, 1889.

DOLÉRIS. — *Nouvelles archives d'Obst. et de Gynec.*, 1891.

ERAUD. — *Lyon médical*, 1889.

FIÉ. — *Thèse de Paris*, 1896.

GALLARD. — *Leçons cliniques des maladies de femme*, Paris, 1879.

JULLIEN. — *Blennorrhagie et le mariage*, Paris, 1898 ; *France méd.*, 6 novembre 1896.
KAPITOWSKI. — *Kronika lekarska*, 1895, n° 3.
LELOIR. — *Nord médical*, 15 février 1895.
MARTIN. — *Normandie médicale*, janvier 1898.
NEELSEN. — *Viertel jark fur Dermat. und Syph.*, 1887.
PERAIRE. — Des endométrites infectieuses. *Thèse de Paris*, 1889.
PODOBEDOFF (Mlle). — *Thèse de Paris*, 1895.
POZZI. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, Paris, 1897.
POULLET. — *Les écoulements blennorrhagiques chez l'homme et la femme*, 1879.
REICHEL. — *Uber cervicalgonnorrhée. Inaug. disert.*, Strasbourg, 1897.
ROLIN. — *Traité des flueurs blanches*, 1766.
STEINCHNEIDER. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1887, n° 17.
SCHMITT. — *Revue médicale de l'Est*, 1889.
SALISBOURY. — *Gazette médic. de Lyon*, 1873.
STRAUS, SANCHEZ TOLÉDO. — *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1888.
SCHRŒDER. — *Maladies des organes génitaux de la femme.* Tr. franç. 1886.
SCHULTZ. — *Arch. fur Dermatologie*, 1896.
DE SINETY. — *De la stérilité chez la femme*, 1892.
THIÉBAUT. — *Annales de l'Institut Ste-Anne*, Bruxelles, 1895.
VIGAROU. — *Cours élémentaire des maladies de femme*, Paris, 1801.
VERCHÈRE. — *Blennorrhagie chez la femme*, Tomes I et II, 1894.
VAJDA. — *Wien Méd. Wochenschrift*, 1882.
WINTER. — *Zeitschrift fur Geburt. und Gynäk.*, 1888.

TABLE DES MATIERES

Pages.

INTRODUCTION 5

I. — ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE 8

CHAPITRE I. — Histologie normale du col utérin 8

CHAPITRE II. — Evolution de l'étude anatomo-pathologique de la métrite cervicale chronique 11

CHAPITRE III. — Observations 17

II. — ETUDE CLINIQUE 53

CHAPITRE I. — Historique 53

CHAPITRE II. — Description de la maladie 58

CHAPITRE III. — Etiologie et Diagnostic 70

CHAPITRE IV. — Fréquence, Conséquences et Prophylaxie 81

III. — CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES 88

CONCLUSIONS 102

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 105

Nancy. — A. CRÉPIN-LEBLOND 21, Rue Saint-Didier

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT